DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'APPENDICITE A RÉPÉTITION

DANS L'INTERVALLE DES CRISES

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'APPENDICITE A RÉPÉTITION

DANS L'INTERVALLE DES CRISES

PAR

Le Dr Léon DAMAYE

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1895

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DE

L'APPENDICITE A RÉPÉTITION

DANS L'INTERVALLE DES CRISES

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons le devoir d'adresser de justes remercîments aux maîtres qui nous ont dirigé et soutenu.

Plusieurs ont déjà succombé : A la mémoire des professeurs Charcot et Le Fort, et du Dr E. Vidal, médecin de l'hôpital St-Louis, nous adressons un respectueux hommage.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz, dont nous avons été l'externe, à l'hôpital Cochin, nous a fait profiter largement de son enseignement clinique et thérapeutique ; nous sommes heureux de le remercier des marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

M. le Dr Budin nous a admis dans son service d'accouchements de la Charité, où nous avons pu profiter de ses excellentes leçons : nous l'en remercions bien vivement.

Pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital St-Louis comme interne provisoire du Dr Vidal, nous avons eu en outre la bonne fortune d'avoir pour chefs de service les

Drs Brocq et Hallopeau : nous les remercions de nous avoir rendu si intéressante l'étude de la dermatologie.

M. le Dr Nicaise, dnt nous avons été l'interne à l'hôpital Laënnec, nous a fait profiter de son enseignement clinique et de sa vaste érudition; il n'a cessé de nous témoigner un bienveillant intérêt, dont nous sommes heureux de lui exprimer toute notre gratitude.

Que MM. les Drs Lejars et Gérard Marchant reçoivent aussi le témoignage de notre plus vive reconnaissance pour les excellentes leçons qu'il nous ont données et les marques de sympathie qu'ils nous ont toujours témoignées.

M. le Dr d'Heilly, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, a bien voulu nous accueillir comme interne ; il nous a fait connaître les difficultés de la pathologie infantile et nous a toujours donné des marques de confiance et d'attachement, dont nous ne saurions trop le remercier.

Que MM. les Drs Marfan et Lebreton, que nous avons eus comme chefs de service dans ce même hôpital, veuillent bien recevoir l'expression de notre reconnaissance.

Nous devons beaucoup à notre dernier maître dans l'Internat, M. le Dr Schwartz : il nous a inspiré ce travail, tout en nous faisant profiter de son enseignement et des vastes ressources de son beau service de chirurgie de l'hôpital Cochin ; il n'a cessé de nous prodiguer des marques de sympathique intérêt. Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre vive et bien sincère gratitude.

Que M. le Dr Rochard, qui a suppléé M. le Dr Schwartz pendant les mois de vacances et nous a donné tant de marques de sympathie, veuille bien accueillir nos plus sincères remercîments.

Nous tenons en outre à exprimer notre reconnaissance à nos autres maîtres, que nous avons eus à divers titres dans les hôpitaux : MM. les Drs Barié, Babinski, Gilles de la Tourette, Hippolyte Martin, Brun et Poirier.

Nous prions M. le Dr Roux, chef de service à l'Institut Pasteur, dont nous avons pu suivre les savantes leçons de bactériologie, d'agréer nos plus vifs remercîments.

M. le professeur Brouardel, après nous avoir accueilli comme externe dans son service, nous a toujours témoigné une bienveillance inépuisable. Aujourd'hui, en acceptant la présidence de notre thèse, il nous donne une nouvelle preuve d'intérêt et nous fait un honneur que nous savons apprécier. C'est pour nous une joie bien vive de lui exprimer ici notre profonde et respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Le traitement de l'appendicite à répétition est à l'ordre du jour : il a beaucoup préoccupé, dans ces dernières années, médecins et chirurgiens. De nombreux mémoires ont été publiés sur ce sujet, surtout par les chirurgiens américains ; la question a été maintes fois discutée dans les Congrès et devant les Sociétés savantes, tant en France qu'à l'étranger. Des opinions qui ont été émises, il semble se dégager que le traitement de choix de cette affection doit être l'ablation de l'appendice vermiforme, cause primordiale des accidents, et que le moment le plus propice pour pratiquer cette opération est l'intervalle entre deux attaques, c'est-à-dire qu'il faut intervenir pendant une période de calme.

Cette manière de faire est de date récente, le rôle pathologique de l'appendice iléo-cœcal n'ayant été bien mis en évidence que dans ces dernières années.

Le remarquable mémoire de Mêlier sur la *pathologie de l'appendice*, daté de 1827, avait passé presque inaperçu ; il est aujourd'hui curieux d'y trouver indiquée la possibilité du traitement chirurgical : « S'il était possible, disait Mêlier, d'établir d'une manière certaine le diagnostic de ces affections, on concevrait la possibilité d'en débarrasser les malades au moyen d'une opération ; on arrivera peut-être un jour à ce résultat ».

Ce que Mêlier avait pressenti a été réalisé par les chirur-

giens contemporains. Depuis une dizaine d'années, on s'est beaucoup occupé des inflammations du cœcum et de son appendice : L'avènement de l'antisepsie ayant permis de faire de la laparotomie une opération courante, les chirurgiens américains n'hésitèrent pas à intervenir dès le début des accidents qu'on rapportait alors à la *typhlite*. Ils purent ainsi constater *de visu* le siège et la nature des lésions et montrer qu'il fallait rapporter à l'appendice ce qu'on attribuait au cœcum : « Chaque fois (1), dit Fitz, que le chirurgien intervient pour des symptômes attribués à une typhlite ou à une pérityphlite, c'est toujours l'appendice qu'il trouve primitivement lésé ».

La véritable cause des accidents étant connue, il était naturel qu'on cherchât à la supprimer. Au mois d'octobre 1884, devant la Société clinique de Londres, le D[r] Mohammed proposait d'aller débarrasser l'appendice des concrétions qui se forment dans sa cavité et dont la présence se révèle par des pérityphlites à répétition ; il indique l'incision de la ligature de l'iliaque externe comme la meilleure voie pour aborder le processus vermiforme.

Au mois de mai 1886, Charles Symonds relatait, devant la même Société, l'observation d'un homme de 23 ans, qui était atteint d'une appendicite à répétition et auquel il avait excisé l'appendice au déclin d'une attaque et au moyen de l'incision proposée par Mohammed.

En février 1887, Trèves pratiquait la résection du processus vermiforme pendant une période de calme de l'appendicite à répétition. C'est la première opération « à froid » dont nous ayons trouvé la relation ; elle est décrite dans une note

(1) Reg. Fitz, *American j. of med. sc.*, 1886 et *Bost. med. j.*, 1888.

lue par Trèves à la Société médico-chirurgicale de Londres le 14 février 1888.

Cette manière de faire fut dès lors bien vite adoptée par un grand nombre de chirurgiens : récemment, W. Bull (1) (de New-York) publiait une liste de 450 opérations « à froid », dont 355 furent pratiquées en Amérique.

Trèves, en 1893, en a rapporté 13 nouveaux cas, suivis de succès ; Roux (de Lausanne) avait 11 succès sur 11 opérations « à froid » au commencement de l'année 1892.

En France, l'opération « à froid » est aussi considérée comme le traitement de choix de l'appendicite à répétition : cela résulte des discussions qui ont eu lieu, dès 1891, à la Société de chirurgie, où les docteurs Reclus, Terrier, Quénu, Schwartz, Richelot, Routier et Monod se sont faits les défenseurs de cette méthode, en même temps qu'ils communiquaient les excellents résultats qu'ils en avaient retirés. La première opération « à froid », que nous ayons trouvé publiée en France, est celle de M. le Dr Schwartz, communiquée à la Société de chirurgie le 18 mars 1891.

Dans la toute récente discussion soulevée devant la Société médicale des hôpitaux par M. le Dr Millard (novembre et décembre 1894), au sujet du traitement de l'appendicite en général, la plupart des orateurs, entre autres MM. Rendu, Huchard, Mathieu et Legendre, se sont déclarés partisans de l'opération « à froid » pour l'appendicite à répétition.

Des travaux déjà assez importants ont été publiés sur cette question. Nous citerons : en Amérique, les mémoires de Bull, Morton, Senn, Dennis, Mac Burney, Porter, Cabot, Richardson ; — en Angleterre, ceux de Trèves, Mayo Rob-

(1) Bull, *New-York med. Record*, 31 mars 1894.

son, Gordon, Jessop et Barling; — en Suisse, les deux mémoires de Roux de Lausanne (1890 et 1891); — en Allemagne, ceux de Kümmel (de Hambourg), de Sonnenbourg et de Lennander.

En France, outre les communications déjà citées, faites à la Société de Chirurgie et à la Société médicale des hôpitaux, il faut mentionner les travaux de Talamon, de Poncet et Jaboulay (de Lyon), les leçons cliniques de Reclus, l'article de Jalaguier (*Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus), la revue générale de Ricard (*Gazette des hôpitaux,* 1891) et celle de notre collègue et ami Jayle (*Presse médicale*, 1891).

Nous aidant de ces travaux, nous espérons pouvoir montrer que le traitement de choix de l'appendicite à répétition est l'*intervention chirurgicale précoce et à froid.* Après avoir passé en revue les notions anatomo-pathologiques et cliniques désormais acquises sur cette affection, nous verrons qu'il y a danger à laisser évoluer les lésions qui la constituent, qu'il y a lieu par conséquent d'intervenir le plus tôt possible. Nous montrerons, d'autre part, que cette intervention est plus facile et moins périlleuse pendant un intervalle de calme, et nous conclurons qu'il faut opérer « à froid » et aussitôt que possible.

Nous ne nous dissimulons pas toutes les difficultés que rencontrera, dans la pratique, cette manière d'agir : un malade, remis d'une crise aiguë d'appendicite, se résoudra difficilement à se faire ouvrir le ventre en pleine santé, espérant toujours que les accidents ne se reproduiront pas.

Ce sera donc la tâche du médecin, dès qu'il aura acquis la conviction que des rechutes sont probables, d'avertir son malade des dangers auxquels l'exposent les lésions de son

appendice : danger d'une perforation pendant une attaque, menace d'être réduit à l'état d'infirme par la fréquence des crises et les troubles intestinaux qu'elles laissent dans leurs intervalles. Le meilleur remède, c'est la résection de l'appendice entre deux crises. « C'est une opération idéale, dit Roux de Lausanne ; assez facile, elle supprime l'épée de Damoclès, toute chance de récidive, et elle n'affaiblit pas la paroi du ventre ».

CHAPITRE PREMIER

De l'appendicite à répétition.

Fréquence. — Variétés anatomo-pathologiques et cliniques. — Marche et complications. — Diagnostic. — Pronostic.

L'appendicite à répétition n'est pas une maladie à évolution déterminée : c'est plutôt un syndrome, un complexus symptomatique, qui répond à des lésions extrêmement variées et qui est loin de se présenter toujours, en clinique, avec les mêmes allures.

Un malade qui a eu une attaque aiguë d'appendicite reste souvent exposé à de nouvelles attaques : les symptômes de la première atteinte ont disparu, soit spontanément, ou sous l'influence d'un traitement purement médical, soit même après l'ouverture d'une collection purulente ; mais la guérison n'est souvent qu'apparente : il persiste un reliquat inflammatoire qui amènera, sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, de nouvelles crises.

La période de calme peut avoir une durée plus ou moins longue : si les crises ne se renouvellent qu'après des mois et des années, on dit qu'il y a *récidive* ; si au contraire elles sont très rapprochées, elles prennent le nom de *rechutes*.

Nous devons tout de suite faire remarquer que le mot *récidive* est ici détourné de son sens propre et pris dans une acception spéciale, comme synonyme de *rechute à longue*

échéance. Il reste même à ce sujet un certain vague ; car on ne voit pas la limite précise en deçà et au delà de laquelle une nouvelle attaque sera dénommée rechute ou récidive ; il y aura toujours des « cas limites », auxquels on pourra appliquer indifféremment l'une ou l'autre dénomination. La plupart des auteurs Anglais et Américains emploient indifféremment les termes « *recurrent appendicitis* » ou « *relapsing appendicitis* » pour désigner cette affection. Bull (1) propose une distinction : il appelle *relapsing appendicitis* (app. à rechutes) les cas où les attaques sont fréquentes, avec persistance dans leur intervalle d'une tumeur douloureuse dans la fosse iliaque et de troubles digestifs ; il donne le nom de *recurring appendicitis* (app. récidivante) à ceux où, les crises étant plus espacées, il n'y a, dans leurs intervalles, ni tumeur douloureuse, ni irrégularité intestinale. Mais il ajoute que beaucoup de cas sont « sur la limite » entre ces deux catégories. En pratique, la distinction est donc souvent impossible. C'est pourquoi nous préférons donner aux appendicites à poussées successives le nom d'*appendicites à répétition* : car, quelle que soit la durée de l'intervalle de calme qui sépare les attaques, les causes de celles-ci sont les mêmes et par suite elles comportent les mêmes indications thérapeutiques.

D'autre part certains auteurs, entre autres M. Talamon, insistent sur l'importance de la distinction qu'il y aurait à établir entre les rechutes et les récidives d'appendicite : « En bonne nosologie, dit M. Talamon (2), on ne doit pas plus confondre l'appendicite à rechutes avec les récidives de l'appen-

(1) *New-York med. record*, 31 mars 1894, p. 385.

(2) TALAMON, *Appendicite et pérityphlite*, Bibl. Charcot-Debove, 1892, p. 158.

dicite qu'on ne confond la fièvre typhoïde à rechute avec une récidive de fièvre typhoïde ». Nous sommes absolument de cet avis ; mais, nous pensons aussi que, en bonne nosologie, on ne doit pas faire intervenir la durée des intervalles qui séparent les attaques comme critérium unique pour décider si une nouvelle crise est une rechute ou une récidive. On détourne ainsi le mot *récidive* du sens que lui donne la pathologie générale : la *récidive*, en effet, suppose qu'il n'est rien resté de la première atteinte et qu'une nouvelle cause morbide vient créer de toutes pièces de nouvelles lésions : il s'agit alors d'une nouvelle maladie, évoluant pour son propre compte. Les *rechutes*, au contraire, se rattachant les unes aux autres, sont dues à l'évolution de lésions produites par la même cause.

C'est donc la notion d'*étiologie* qui doit intervenir dans la distinction entre les rechutes et les récidives. Or, si nous recherchons les causes de ce qu'on a appelé les récidives d'appendicite, voici ce que nous trouvons : « L'existence d'une crise antérieure d'appendicite, dit M. Talamon (1), est une des causes prédisposantes les plus nettes aux récidives. On doit penser, ou bien que le corps étranger reste enclavé dans l'appendice, constituant par sa présence une épine inflammatoire toujours prête à provoquer de nouveaux accidents ; ou bien que, la scybale déplacée, les lésions déterminées par une première poussée phlegmasique persistent à l'état subaigu, se réveillant de temps à autre sous l'action d'une des causes déterminantes ; ou bien, enfin, que le passage du corps étranger laisse le canal dilaté et élargi et que cet élargisse-

(1) Talamon, *loco citato*, p. 38.

ment facilite dès lors l'entrée de nouvelles concrétions ». Nous voyons par là que les causes assignées aux prétendues récidives sont les mêmes que celles qui déterminent les rechutes : il s'agit toujours de lésions persistantes, se réveillant à un moment donné, sous l'influence d'une cause occasionnelle, pour donner lieu à une poussée aiguë, qui est une véritable rechute.

Nous en conclurons que, en matière d'appendicite, il n'y a guère que des *rechutes* ; ce qu'on a appelé des récidives ne sont que des rechutes à intervalles très éloignés.

Est-ce à dire que la véritable récidive, celle qui surviendrait après guérison complète des lésions de la première attaque, ne puisse exister ? Nous ne le nions pas ; mais, nous pensons qu'elle doit être excessivement rare.

Ce que nous tenons à faire remarquer, c'est que cette distinction en appendicites à rechutes et récidives d'appendicite ne peut nous être d'aucune utilité au point de vue des indications opératoires : nous les réunirons donc en un seul groupe, sous le nom d'*appendicite à répétition.*

Celle-ci est donc, en définitive, un syndrome constitué par des poussées inflammatoires, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés ; ces poussées sont dues au réveil de lésions latentes, reliquat d'une poussée antérieure.

Quelle est la fréquence de l'appendicite à répétition ? Fitz, dans son mémoire de 1886, dit que l'appendicite donne lieu à des rechutes dans 11 pour 100 des cas : car, sur 257 cas d'appendicite perforante, il n'a trouvé que 28 cas où des crises antérieures moins graves ont précédé la perforation mortelle. La statistique de Krafft donne une proportion de 25 pour 100. C'est aussi le chiffre de Sonnenburg, qui, sur 80 cas

de pérityphlite appendiculaire opérés, on a compté 20 où il s'agissait de récidives.

Il nous semble bien difficile d'établir exactement cette proportion : tout ce qu'on peut dire, c'est qu'elle restera toujours au-dessous de la réalité. Il existe en effet des cas qui auraient donné lieu à des rechutes ; mais, celles-ci ne se sont pas produites grâce au traitement chirurgical, qui a dû être pratiqué lors de la première attaque et a permis de réséquer l'appendice. D'autres fois, les lésions produites par une première attaque restent latentes pendant un temps très long ; la rechute n'a lieu qu'à longue échéance : de tels cas ne sont pas enregistrés sous le nom d'appendicite à répétition.

Pour ce qui est des statistiques citées plus haut, elles sont certainement très incomplètes : celles de Fitz et de Krafft ne portent que sur les cas d'appendicite avec perforation ; or, il existe des cas d'appendicite à répétition qui n'aboutissent jamais à la perforation. Celle de Sonnenburg ne comprend que les cas d'appendicite avec pérityphlite ; mais il existe des cas à rechutes où l'appendice est seul lésé, sans périappendicite.

Ce qu'il est actuellement permis de dire, c'est que l'appendicite à répétition est la forme la plus commune : presque toujours, une première atteinte laisse des lésions qui ne sont que latentes et peuvent se réveiller sous l'influence de causes occasionnelles diverses. Ainsi, dans son récent mémoire, Sonnenburg (1) dit que, sur 57 cas d'appendicite simple, sans péritonite généralisée, il a rencontré 52 fois la perforation de l'appendice avec suppuration. Or, la résorption de ces foyers

(1) Sonnenburg, Pathologie et traitement de la pérityphlite. *Deutsch. Zeits. für Chir.*, 1894.

purulents enkystés est difficile et, en tout cas, ne se fait que très lentement : ils restent pendant un temps très long une menace permanente de rechute. De tels cas doivent donc rentrer dans la catégorie des appendicites à répétition.

Au point de vue pratique, toutes les fois que, après une attaque d'appendicite, celle-ci fût-elle unique, persistera dans la fosse iliaque droite une tumeur sans tendance à la résolution, on devra considérer que l'on se trouve en présence d'un cas d'appendicite à répétition: car le malade sera toujours, en pareil cas, menacé d'une nouvelle poussée.

Quelles sont les lésions de l'appendicite à répétition ? Elles sont extrêmement variables, ainsi qu'on a pu le constater au cours des opérations faites en si grand nombre dans ces dernières années. C'est que ces lésions ont été produites au moment de poussées aiguës, et celles-ci peuvent elles-mêmes revêtir des formes multiples.

Dans quelques cas, très rares, on ne trouve aucune lésion apparente : l'appendice est libre comme un battant de cloche dans la fosse iliaque, sans aucune adhérence ; sa cavité ne paraît pas dilatée ; ses parois sont saines, au moins à l'examen macroscopique. Tel est le cas rapporté par Bull (1) : l'appendice excisé paraissait normal, ne contenait pas de concrétion fécale, et il n'existait au pourtour aucune trace de péritonite ancienne ou récente, pas d'adhérences. Peut-être s'agissait-il de la forme décrite par M. Talamon sous le nom de colique appendiculaire ? Mais il est plus probable qu'on aurait trouvé des lésions de la muqueuse, si l'examen histologique avait été pratiqué.

D'une façon générale, les lésions trouvées sont celles d'une

(1) Bull, *N.-York med. Record*, 20 avril 1890.

inflammation chronique portant sur l'appendice et souvent aussi sur son revêtement péritonéal.

L'appendice est augmenté de volume, sa paroi est indurée et hypertrophiée. Sa cavité est dilatée et renferme du mucus ou du muco-pus ; elle peut aussi contenir un corps étranger ou des concrétions stercorales. L'appendice lui-même est plus ou moins adhérent aux parties voisines ; il peut être fléchi, coudé sur lui-même et fixé dans cette situation par les adhérences.

Dans d'autres cas, très fréquents, l'appendice n'est pas dilaté; sa cavité est au contraire rétrécie par des étranglements plus ou moins serrés, ou même complètement oblitérée dans toute sa longueur. Les lésions péri-appendiculaires sont alors très accentuées et consistent en adhérences nombreuses et très résistantes, au milieu desquelles l'appendice se trouve en quelque sorte perdu.

Enfin, dans une troisième catégorie de cas, plus rares, l'appendice est perforé, ou même spontanément amputé, et l'on trouve alors, au niveau du point perforé, une petite collection purulente dont les parois sont formées par des fausses membranes.

Comme l'a fait aussi remarquer Kümmel (1) (de Hambourg), il peut y avoir abcès périappendiculaire sans perforation de l'appendice : l'inflammation des parois de cet organe, si riche en lymphatiques, peut provoquer la formation de pus ; il se fait une lymphangite appendiculaire et périappendiculaire, aboutissant à la suppuration.

(1) Kummel, De la résection prophylactique du processus vermiforme, *Congr. de Rome*, mars-avril 1894.

A ces lésions, il faut ajouter celles produites par une cause spécifique, par la tuberculose ou l'actynomycose.

Le syndrome appendicite à répétition peut être produit par la tuberculose primitive de l'appendice et ce fait avait déjà été signalé par Lasègue : « Toute pérityphlite à rechutes qui évolue à froid, disait-il, doit éveiller l'idée de la tuberculose ». Des faits de cette nature ont été rapportés par MM. Richelot et Terrier à la *Société de chirurgie* (1). Toutefois, l'appendice est rarement seul atteint par la tuberculose ; le plus souvent, c'est tout le segment iléo-cœcal de l'intestin qui se trouve lésé (2).

Enfin, l'appendicite à répétition peut aussi être produite par l'actynomycose : Roux (3) (de Lausanne) en cite un cas, dans lequel il a réséqué à froid le processus vermiforme.

Les lésions trouvées étant si variables, il est vraisemblable que le mécanisme des rechutes n'est pas le même dans tous les cas.

Peut-être, dans quelques cas très rares, où l'on n'a pas trouvé de lésions, s'agissait-il d'accès de colique appendiculaire, tels que les a décrits M. Talamon. Toutefois ce mécanisme, admis par Jessop, a été combattu par un grand nombre d'auteurs, par Roux, de Lausanne, par MM. Reclus, Dreyfus-Brissac et Jalaguier. D'après M. Talamon, les matières stercorales peuvent s'engager dans le processus vermiculaire et y provoquer une colique, comme le calcul qui pénètre dans l'uretère ou dans les voies biliaires. « Cette comparaison, dit M. Reclus, ne nous paraît pas exacte ;

(1) Terrier, *Soc. chir.*, février 1892. — Richelot, *Soc. chir.*, 23 mars 1892.

(2) Benoit, *Tuberculose locale chronique de la région iléo-cœcale*, Th. Paris, 1893.

(3) Roux, *Revue méd. de la Suisse Romande*, 20 novembre 1891, obs. LIV.

d'après nous, il y aurait, non pas colique, mais inflammation, véritable appendicite, et voici quelle en serait la pathogénie habituelle. Des matières fécales molles franchissent la valvule, qui obture mal le processus vermiculaire, puis durcissent peu à peu, augmentent par l'adjonction de strates successives et prennent la forme de petites olives ou de noyaux de cerise, signalée dans la plupart des observations. Leur contact prolongé irrite la muqueuse qui s'enflamme et sécrète plus abondamment ; l'inflammation gagne la musculeuse et la séreuse et l'appendicite est constituée ». Les corps étrangers ou les concrétions stercorales ne sont donc que des causes occasionnelles. Au dernier Congrès français de chirurgie (Lyon 1894), Roux, de Lausanne, rapportait le résultat de recherches expérimentales qu'il avait faites sur le mécanisme de la perforation de l'appendice : il cherchait à provoquer, chez des porcs, des pérityphlites par introduction de corps étrangers dans leur appendice et il a pu voir ainsi que le corps étranger ne suffisait pas à lui seul pour produire la perforation. Même s'il y a trouble marqué de la circulation artérielle, le corps étranger est toléré aussi longtemps que la muqueuse n'est pas enflammée. Mais il suffit d'un refroidissement, d'un catarrhe intestinal, même léger, pour que la muqueuse, enflammée et gonflée, s'embroche en quelque sorte sur le corps étranger, ce qui facilite alors la production de la gangrène. Il y a donc lieu de penser que c'est, non pas l'action mécanique des concrétions, mais plutôt l'action vitale des microbes qui détermine la production des perforations. Comme l'a dit M. Talamon, le corps étranger sert seulement à localiser et à hâter cette production.

Toute appendicite est de nature infectieuse et la tendance

aux rechutes s'explique par la nature même du tissu muqueux de l'appendice. Cette muqueuse appartient à la famille des organes lymphoïdes et offre toute la susceptibilité de ces organes aux infections. Elle est constituée par du tissu adénoïde, dont la structure rappelle celle des amygdales : « c'est une amygdale abdominale », dit Blaud Sutton (1). Or, on connaît la fréquence des amygdalites à répétition, où les poussées successives peuvent revêtir alternativement la forme simple et la forme phlegmoneuse. M. Quénu (2) insistait aussi sur l'importance de cette structure anatomique au point de vue du mode de formation des ulcérations : dans la muqueuse de l'appendice, comme dans celle de l'intestin grêle, de place en place les follicules clos écartent les glandes pour venir se mettre directement en rapport avec l'épithélium ; l'examen de plusieurs pièces a montré à M. Quénu que l'infection des follicules clos s'effectuait à ce niveau très facilement : l'épithélium tombe et il se fait une petite ulcération qui, en creusant, peut produire une perforation.

Dans un certain nombre de cas, où l'on a trouvé une flexion ou une sténose de l'appendice, la rechute serait due à la rétention du mucus dans l'appendice : on comprend en effet que ce mucus stagnant constitue un excellent bouillon de culture pour les microbes que renferme l'appendice ; leur virulence peut ainsi s'exalter. En outre, s'il y a flexion du processus vermiforme, la circulation est gênée dans ses parois, dont la vitalité est ainsi diminuée pour la résistance aux infections. Trèves (3) insiste beaucoup sur les effets de la

(1) *Soc. clin. de Londres*, mars 1891.
(2) *Soc. de chirurg.*, 8 juin 1892.
(3) Trèves, *Brit. med. j.*, 22 avril 1893.

torsion de l'appendice : si celui-ci a subi une torsion, son mésentère la subit également et le fonctionnement des vaisseaux qu'il contient est entravé ; il en résulte une stase veineuse et un catarrhe consécutif. Il s'agit donc d'une inflammation en rapport avec la torsion de l'appendice ; mais, cette inflammation, bien que Trèves ne le dise pas, doit être essentiellement subordonnée à l'existence de microbes, dont la prolifération peut amener la destruction des tissus.

Ainsi, soit qu'il s'agisse de corps étrangers ou de matières stercorales concrétées dans l'appendice, soit qu'il y ait rétention de mucus dans sa cavité et troubles circulatoires des parois par torsion de l'organe, ce ne sont là que des causes occasionnelles agissant sur le tissu muqueux de l'appendice pour le rendre vulnérable aux microbes : ceux-ci sont les véritables causes, les causes déterminantes de l'inflammation. Ces agents infectieux ne sont pas sans cesse en activité : après une attaque aiguë, ils restent à l'état de *microbisme latent* jusqu'à ce qu'une cause occasionnelle vienne les réveiller et donner ainsi lieu à une rechute.

D'autre part, les rechutes ne sont pas toujours d'origine purement appendiculaire. Nous avons vu qu'on avait souvent trouvé des lésions périappendiculaires assez accentuées, signes évidents de péritonite chronique localisée : des exsudats fibrineux récents ou anciens, des adhérences périappendiculaires ; ou bien, surtout si l'appendice est perforé, un petit abcès juxta-appendiculaire, collection bien localisée, entourée de fausses membranes. Il est rationnel de supposer que, dans beaucoup de ces cas, les rechutes étaient dues à des poussées de péritonite partielle, c'est-à-dire, ici encore, au réveil d'une infection. Elles sont d'ailleurs comparables aux

poussées de pelvipéritonite qui surviennent dans le cours des affections inflammatoires des annexes de l'utérus.

Kümmel (de Hambourg) a même comparé l'appendice à une trompe de Fallope enflammée, laissant de temps en temps sourdre, par son ouverture péritonéale, quelques gouttes de pus, qui chaque fois provoquent une poussée de péritonite plus ou moins étendue.

Donc, que les rechutes soient des poussées d'inflammation appendiculaire ou de péritonite appendiculaire, il s'agit toujours du réveil d'un reliquat inflammatoire, véritable microbisme latent. Ce réveil se fait sous l'influence d'une cause occasionnelle, telle que : une indigestion, des efforts de vomissements, un refroidissement, l'apparition des règles, l'accouchement, etc.

Les rechutes peuvent revêtir des formes cliniques différentes. Comme la première atteinte, la rechute peut être purement appendiculaire, péritonéale ou suppurative.

Ce sera une *appendicite pariétale simple* dans beaucoup de cas où l'appendice renferme un corps étranger ou subit une distension par le mucus. Dans les cas où il s'agit de poussées périappendiculaires, on aura la forme désignée par M. Talamon sous le nom d'*appendicite aiguë avec péritonite localisée*, celle-ci pouvant être elle-même simplement *fibrineuse* ou *suppurée*. Ce sera quelquefois la *forme suraiguë perforante*, avec péritonite généralisée, qui est presque fatalement mortelle. Enfin, dans certains cas, elle revêtira la forme d'*appendicite subaiguë* de M. Talamon, les lésions pouvant évoluer d'une façon *insidieuse*.

La durée des rechutes n'est ordinairement que de quelques jours, huit à dix en moyenne. Leur nombre est il-

limité ; elles peuvent survenir à des intervalles extrêmement variables : plusieurs fois par an, tous les mois, toutes les trois semaines ; parfois même elles deviennent subintrantes.

Durant la période intermédiaire, la guérison peut paraître complète ; mais, très souvent, il persiste des signes locaux. La palpation de la fosse iliaque droite révèle alors la présence d'une tumeur : c'est une petite masse allongée, cylindrique ou ovoïde, parallèle à l'arcade crurale, souvent douloureuse à la pression ; ou bien, s'il y a beaucoup de produits plastiques, une masse qu'on délimite moins aisément. La petite tumeur allongée, parallèle à l'arcade de Fallope, représenterait, d'après la plupart des auteurs, l'appendice hypertrophié et dilaté : cela est vrai dans certains cas ; mais, dans beaucoup d'autres, ce sont les produits inflammatoires, les brides péritonéales qui constituent la tumeur et donnent lieu à cette sensation. L'appendice est souvent englobé dans les fausses membranes, ou bien relevé en arrière du cœcum ou de l'iléon, et il est difficile de le sentir par la palpation abdominale. Il faut quelquefois déprimer fortement la paroi pour arriver à sentir quelque chose : au besoin, cette exploration pourrait être faite sous le chloroforme.

Dans la plupart des cas aussi, on trouvera un point douloureux fixe, qu'on exaspère ou qu'on réveille par la pression du doigt, sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic : c'est le *point de Mac Burney*, qui paraît correspondre au point d'insertion de l'appendice au cœcum.

Outre ces symptômes locaux, on pourra observer, dans l'intervalle des crises, surtout s'il s'en est déjà produit trois

ou quatre, des troubles fonctionnels de l'appareil digestif, dénotant une irritation chronique de la muqueuse, du cœcum et du côlon, quelquefois même une véritable entérite muco-membraneuse.

Le diagnostic de l'appendicite à répétition est facile, surtout s'il s'est déjà produit plusieurs rechutes. Toutefois, même alors, il existe des cas très embarrassants. Lorsque l'affection est en rapport avec la persistance d'un petit clapier purulent, elle peut prendre le masque de la *péritonite tuberculeuse* ; c'est par l'examen minutieux des autres organes et des antécédents du malade qu'on pourra faire la distinction. Il en sera de même pour la *tuberculose iléo-cœcale*, dont une forme clinique est dite *forme typhlite à répétition* (1) ; ici encore, il faudra soigneusement examiner les antécédents des malades, explorer les organes le plus souvent atteints de tuberculose, et rechercher à diverses reprises le bacille de Koch dans les selles.

Chez la femme, ainsi que l'a fait remarquer M. Richelot (2), une phlegmasie des annexes de l'utérus, siégeant exclusivement du côté droit, une salpingo-ovarite droite à poussées successives, pourra simuler l'appendicite à répétition ; on explorera donc l'utérus et ses annexes, en tenant grand compte du passé génital de la femme.

D'autre part, au point de vue du traitement, il importe beaucoup de faire un diagnostic précoce : après une première attaque d'appendicite, il y a lieu de se demander si l'on a affaire à une appendicite à répétition, c'est-à-dire s'il y aura fatalement d'autres crises. C'est alors qu'il faut faire une

(1) BENOIT, Th. Paris 1893.

(2) RICHELOT, *Soc. de chirurgie*, 15 oct. 1890.

exploration minutieuse de la fosse iliaque droite, et au besoin sous le chloroforme : si l'on y trouve une petite tumeur, un petit noyau ou un cordon induré ; et surtout si cette tumeur est sensible à la pression ; si elle n'offre aucune tendance à la résolution, on doit porter le diagnostic d'appendicite à répétition.

Une fois ce diagnostic fait, la plus grande difficulté consiste alors dans l'appréciation exacte de l'état des lésions de l'appendice et des complications périappendiculaires. L'inflammation est-elle purement appendiculaire ? Est-elle de nature tuberculeuse ? L'empâtement profond ne cache-t-il pas une petite collection purulente ? La prochaine rechute ne sera-t-elle pas perforante, et, si la perforation survient, les adhérences seront-elles assez solides pour limiter les désastres ?

Il est malheureusement presque toujours impossible de répondre à ces questions.

A moins qu'il n'existe une fistule due à l'ouverture d'un abcès pendant une poussée aiguë, la présence du pus ne pourra pas être reconnue avant l'opération, si on observe le malade pendant une période de calme. On pourra alors soupçonner la présence d'un reliquat purulent, si le malade a eu antérieurement une attaque de la forme décrite par M. Talamon sous le nom d'*appendicite aiguë avec péritonite purulente circonscrite*, d'après la courbe thermique et les caractères que présentait alors la tuméfaction iliaque. Quant à la ponction exploratrice, Roux (de Lausanne) la condamne absolument, même pendant une poussée aiguë : « Elle est, dit-il, quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat et toujours inutile ». Ce qu'il faut bien savoir, c'est que la purulence peut exister, existe même assez fréquemment, au moins sous forme

de petites collections circonscrites, sans mouvement fébrile, sans aucun signe de péritonite : témoin le malade de notre observation VI, qui, après cinq attaques, avait toutes les apparences de la santé ; et cependant, lors de l'opération faite à froid, on trouva l'appendice spontanément amputé en son milieu avec une petite collection purulente enkystée à ce niveau.

Le pronostic de l'appendicite à répétition a été diversement apprécié ; ce qui ferait la gravité de cette affection, ce serait la possibilité d'une péritonite généralisée par perforation. Or, il existe à ce point de vue deux opinions diamétralement opposées : les uns soutiennent que les chances de perforation sont d'autant moins grandes que les atteintes ont été plus fréquentes ; les autres pensent que la gravité augmente proportionnellement au nombre des récidives.

Ces deux opinions ne sont pas aussi inconciliables qu'elles le paraissent de prime abord. Il existe de nombreux cas d'appendicite à répétition, constituant une variété de cette affection bien étudiée récemment par Senn (1), sous le nom d'*appendicite oblitérante*. Dans ces cas, le processus consiste en une oblitération progressive de la lumière de l'appendice, chaque poussée inflammatoire tendant à infiltrer de tissu fibreux les parois de cet organe. Celui-ci peut ainsi être totalement transformé en un cordon fibreux et la guérison peut alors être spontanée. En outre, la péritonite plastique qui se produit presque toujours en même temps vient hâter le processus d'oblitération : les exsudats plastiques et les adhérences, auxquels elle donne lieu, forment une barrière qui se renforce à chaque poussée, et, si par hasard une perforation

(1) Senn, *J. Americ. med. ass.*, 24 mars 1894.

des parois appendiculaires se produisait, elle ne pourrait avoir aucune conséquence sérieuse sur la grande cavité péritonéale, l'appendice se trouvant doublé par une sorte de coque fibreuse, et absolument isolé des organes et des tissus voisins.

Il est certain qu'en pareil cas, le danger de perforation diminue à chaque crise et que la maladie tend vers la guérison spontanée. Mais celle-ci n'arrive alors qu'à la suite d'attaques fréquentes et répétées, quelquefois subintrantes, qui transforment le malade en un véritable invalide, incapable de tout travail suivi ; c'est une affection de longue durée, qui s'accompagne de catarrhe chronique de l'intestin et finit par rendre la vie insupportable. D'autre part, le processus oblitérant n'envahit pas toujours toute l'étendue de l'appendice ; il peut débuter à l'une des extrémités ou dans un point intermédiaire : la partie, située au-dessous du point déjà oblitéré, renferme des produits septiques : elle peut se perforer et leur donner issue dans la cavité péritonéale si la péritonite plastique, qui peut manquer ou être peu marquée, n'a pas constitué une barrière suffisamment résistante.

Donc, même dans l'appendicite oblitérante, le pronostic est toujours très grave : si les chances de perforation sont ici moindres, il n'en est pas moins vrai que la répétition des accès, les troubles intestinaux qui persistent dans l'intervalle des rechutes, l'état cachectique que finit par revêtir le malade en font une affection chronique dont le pronostic doit être très réservé.

D'autre part, les lésions de l'appendice, outre le danger de la perforation, exposent à d'autres complications d'une aussi grande gravité : nous voulons parler de l'infection du foie,

qui comporte deux modalités anatomiques : la *pyléphlébite* et les *abcès du foie*. M. Achard (1), dans un récent mémoire, attirait l'attention sur ce fait, faisant remarquer que ces complications hépatiques peuvent survenir à la suite de lésions minimes de l'appendice : il est donc impossible de les prévoir et d'autre part elles sont d'une gravité extrême, presque toujours inaccessibles à l'intervention opératoire.

(1) ACHARD, *Soc. méd. des hôpitaux*, 16 novembre 1894.

CHAPITRE II

Du choix d'un traitement de l'appendicite à répétition. Nécessité de l'intervention chirurgicale.

L'appendicite à répétition est due à des lésions inflammatoires chroniques appendiculaires ou périappendiculaires, et l'examen clinique ne permet pas l'appréciation exacte de leur état : il est impossible de prévoir leur évolution, au cours de laquelle peuvent survenir les complications les plus redoutables.

D'autre part, il s'agit de lésions qui se sont constituées antérieurement, pendant une ou plusieurs crises aiguës, et le traitement médical, institué à ce moment, a été impuissant à enrayer le processus, ainsi que le prouve l'induration plus ou moins douloureuse qui persiste dans la fosse iliaque droite.

Dans ces conditions, on a dépassé la phase médicale de la maladie et il semble légitime d'admettre qu'elle est passée complètement dans le domaine chirurgical.

L'appendice altéré et les adhérences qui l'entourent étant la cause de tout le mal, il est légitime de penser que la résection de cet organe et le détachement des adhérences devront mettre le malade à l'abri de toute rechute ultérieure.

Il est évident, d'autre part, que la suppression de l'appendice vermiforme n'entraîne aucune conséquence fâcheuse : « c'est un organe atrophié, dit M. Talamon, un vestige rudimentaire représentant chez l'homme le cœcum si développé

des herbivores et des rongeurs ; il n'a aucun rôle physiologique et son utilité est nulle : les dangers auxquels il nous expose sont seuls patents et incontestables ». Cet organe, inutile à l'état normal, devient essentiellement nuisible à l'état pathologique et, dès lors, le chirurgien n'aura pas lieu d'hésiter à en pratiquer l'ablation.

Le traitement idéal de l'appendicite à répétition consistera donc dans la résection du processus vermiforme, après l'avoir libéré de ses adhérences pathologiques et évacué les petites collections purulentes que les fausses membranes peuvent circonscrire.

Ce serait là, avons-nous dit, le traitement idéal : car, malheureusement, dans quelques cas, rares il est vrai, il n'est pas possible de le réaliser complètement. Mais il est au moins légitime de le tenter dans tous les cas. Nous verrons, à propos du manuel opératoire, les difficultés que peut parfois présenter la résection de l'appendice, ou même simplement sa découverte, lorsqu'il est perdu au milieu d'adhérences résistantes. Mais l'opération, même inachevée, n'est presque jamais inutile : il suffit parfois de libérer les adhérences et d'évacuer les petites collections purulentes pour faire cesser tous les accidents ; témoin l'observation rapportée par Quénu (1) à la Société de chirurgie : il lui a suffi de détacher les adhérences pour obtenir la guérison.

On a fait au traitement chirurgical un certain nombre d'objections qu'il nous faut examiner et qui tendent à le faire considérer comme inutile et dangereux.

Ce traitement, a-t-on dit, est inutile, car :

(1) QUÉNU, *Soc. de chirurg.*, 22 novembre et 6 décembre 1893.

1° Le traitement médical peut suffire à la guérison de l'appendicite à répétition ;

2° On n'est jamais certain qu'une nouvelle crise se produira ;

3° Dans beaucoup de cas, le diagnostic est incertain ;

4° Des rechutes peuvent survenir après l'opération.

En second lieu, il est dangereux, car :

5° L'opération est difficile, elle met la vie du malade en danger ;

6° Elle prédispose à certains accidents consécutifs, tels que la persistance des fistules et l'éventration.

Voyons donc la valeur de ces diverses objections.

1° L'appendicite à répétition peut guérir spontanément ou sous la seule influence du traitement médical.

Cela est vrai pour la variété décrite par Senn sous le nom d'*appendicite oblitérante*, qui est une forme relativement fréquente d'appendicite à répétition : ici, le processus oblitérant manifeste une tendance progressive, l'appendice peut finalement être transformé en un cordon fibreux et de l'oblitération complète de sa lumière résulte une guérison complète et permanente.

Mais, cette forme peut-elle être différenciée cliniquement des autres appendicites à répétition ? « Les plus constants symptômes, qui accompagnent cette forme d'appendicite, dit Senn, sont des exacerbations aiguës sous forme de rechutes de courte durée et de moyenne intensité ; la présence d'une petite tumeur, quelquefois inappréciable à la palpation, dans la fosse iliaque droite ; la persistance de quelque sensibilité ou douleur dans la région de l'appendice pendant les intermissions ». Nous ne voyons pas en quoi ces symptômes diffè-

rent de ceux des autres formes : dans beaucoup de cas, où l'on a trouvé une perforation ou une collection purulente, les poussées étaient aussi *de moyenne intensité et de courte durée.* Nous croyons donc qu'il n'est pas possible de faire le diagnostic clinique des cas de cette nature.

Et puis, en supposant même qu'on sache à quoi s'en tenir à ce sujet, que l'on soit certain d'être en présence d'un cas évoluant spontanément vers la guérison, si on laisse les choses en l'état, que va-t-il advenir ? La guérison ne survient qu'au bout d'un temps très long : en attendant, des crises incessantes, greffées sur des troubles intestinaux continuels, transforment le malade en un véritable infirme chronique, incapable de tout travail suivi, et peuvent même le faire tomber dans un état cachectique qui mettra sa vie en danger. « N'est-il pas à prévoir, dit M. Talamon, qu'après un certain nombre de crises et d'essais plus ou moins obéissants de traitement médical, le malade ira de lui-même demander au chirurgien de le débarrasser d'une infirmité devenue insupportable ? » D'autre part, cette appendicite oblitérante, comme toutes les appendicites, relève d'une cause infectieuse ; le processus oblitrant qui la caractérise consiste en des lésions de lymphangite chronique avec poussées aiguës pouvant aboutir à la suppuration ; en outre, ce processus n'envahit presque jamais d'emblée toute la longueur de l'appendice : souvent, il l'oblitère en un point, et une perforation peut se produire dans la partie située au-dessous de la partie oblitérée. Cette forme expose donc à des accidents qui, pour être moins fréquents, n'en sont pas moins tout aussi graves que dans les autres variétés ; et, de même que dans celles-ci, il est impossible de les prévoir.

Aussi Senn conclut-il, qu'il y a lieu d'avoir recours, dans l'appendicite oblitérante, à l'opération radicale aussitôt que possible, « vu les souffrances prolongées ordinaires pour une guérison spontanée par oblitération progressive et les dangers possibles en l'attendant ».

On a encore invoqué, en faveur du traitement médical exclusif, la rareté relative des complications mortelles, et l'on s'est appuyé sur les statistiques de différents auteurs : Guttmann (Discussion à la Société de médecine de Berlin, janvier 1891), relevant tous les cas de pérityphlite traités à l'hôpital Moabit depuis 1879, en compte 96, dont 5 seulement se sont terminés par la mort, soit une mortalité de 5 pour 100. Fürbinger (*idem*) a observé, en quatre ans, à l'hôpital Fredé-richshain, 120 cas de pérityphlite ; il a eu 78 pour 100 de guérisons, 12 pour 100 d'améliorations et 10 pour 100 de morts.

Mais ces statistiques ne prouvent absolument rien : un même individu peut très bien guérir de trois, quatre attaques d'appendicite ou plus, et succomber à l'occasion d'une rechute ultérieure ; il pourra donc être porté plusieurs fois à la colonne des guérisons et n'en être pas moins mort plus tard du fait de son appendicite. Qu'on lise les deux observations rapportées par M. le Dr Schmidt à la Société de chirurgie (Séance du 9 mars 1892) : il s'agit de deux malades qui ont figuré chacun pour trois poussées d'appendicite dans les statistiques de guérison par le traitement médical et qui ont succombé tous deux à une attaque suivante ; il faut donc tenir grand compte de ces faits et se méfier beaucoup de ces guérisons médicales souvent très trompeuses.

Et puis, à ces statistiques dans lesquelles la constatation des lésions n'a pu être faite, on peut en opposer d'autres où l'in-

tervention a permis l'examen *de visu* de l'état de l'appendice. Dans son dernier mémoire (*Deutsch. Zeitsch. Chir.,* 1894), Sonnenburg a trouvé du pus dans 52 cas où il a fait l'intervention précoce ; sur 80 cas opérés par lui, 20 fois il s'agissait de récidives, c'est-à-dire de malades qui avaient été plusieurs fois guéris par le traitement médical et qui n'en arrivaient pas moins à réclamer le traitement chirurgical.

Il faut donc se défier des prétendues guérisons médicales : sans doute, il y en a de réelles : des succès ont été notés par des médecins très compétents sur des malades suivis pendant un temps très long ; mais il n'en est pas moins vrai que, très souvent aussi, on voit persister des lésions latentes, des foyers de microbisme latent, susceptibles de se réveiller sous l'influence de la moindre cause occasionnelle.

C'est précisément le cas pour l'appendicite à répétition et ici l'accord est à peu près fait sur la nécessité du traitement chirurgical.

La question a été récemment soulevée à la Société médicale des hôpitaux (novembre et décembre 1894), par M. le Dr Millard ; dans cette discussion, l'accord semble fait pour l'appendicite à répétition : MM. Legendre, Mathieu, Rendu et Huchard sont d'avis qu'il y a lieu de conseiller alors la résection du processus vermiforme. « Défiez-vous, disait M. Huchard (1), s'il s'agit d'une appendicite à répétition. Chaque fois, le traitement médical suffit pour faire disparaître les accidents, et trop confiants dans ce succès, vous en restez toujours au traitement médical. Mais, un jour, cette appendicite, simplement pariétale, pourra devenir perforante et donner lieu aux accidents les plus graves. C'est pour les

(1) Huchard, *Journal des Praticiens,* 15 décembre 1894.

conjurer que, dans l'une des périodes d'accalmie, il faut proposer la « résection à froid » de l'appendice, et cela malgré certaines observations qui ont démontré la guérison presque spontanée de la maladie par la transformation de l'appendice en un cordon dur, fibreux et imperméable ».

2° On n'est jamais certain qu'une nouvelle crise se produira et seule cette certitude justifierait l'opération.

Cette objection n'est d'abord pas valable pour les formes d'appendicite à répétition où les rechutes sont fréquentes et se succèdent à courts intervalles, comme cela a lieu dans l'appendicite oblitérante de Senn. Dans ces cas, les rechutes sont pour ainsi dire fatales.

L'objection s'applique donc uniquement aux formes dans lesquelles la rechute ne survient qu'après un long intervalle de calme, si bien qu'on l'avait qualifiée à tort de récidive. Dans ces cas, dit-on, chaque attaque évolue pour son propre compte, à sa façon, sans que la première ou la seconde puisse faire prévoir la terminaison des suivantes.

Mais cette incertitude nous semble précisément constituer une raison majeure pour intervenir. Que de malades ont succombé, qui auraient pu être sauvés par une opération précoce ! Voici un exemple cité par M. Ricard (1) : il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, auprès de laquelle ce chirurgien fut appelé pour une appendicite récente. L'état général étant parfait, il conseille d'attendre, et de fait l'amélioration continue pendant huit jours. Au bout de ce temps, la malade voulut se lever et fit un mouvement brusque. Aussitôt elle ressentit une douleur vive, suivie de tous les symptômes de la péritonite généralisée, et elle succomba.

(1) Ricard, 8e *Congrès français de chirurgie*, Lyon, 1894.

Ecoutons aussi M. Huchard (*Journal des Praticiens*, 15 décembre 1894) : « Une malade de M. Rendu souffrait à peine de la région iliaque, et elle est morte de pérityphlite suppurée, compliquée d'accidents multiples de pyohémie. — Appelé auprès d'un enfant atteint d'appendicite, M. Moizard juge le cas assez grave pour demander un chirurgien. Lorsque celui-ci vit le malade, les accidents s'étaient tellement calmés, qu'il ne pouvait plus être question d'intervenir. Après trois jours d'une accalmie trompeuse, les accidents de péritonite reparaissent, et avec une intensité telle que rapidement toute intervention devenait impossible. — Une autre fois, chez un adulte, mon distingué collègue constate tous les signes d'une péritonite étendue, à la suite d'une appendicite. On conclut à la nécessité d'une laparotomie. Pourtant, un traitement médical énergique eut raison de tous ces accidents. Qu'est-ce que tout cela prouve ? C'est que l'appendicite est une maladie *à surprises*, et qu'il faut suivre attentivement les malades, non seulement pendant les périodes de poussées inflammatoires, mais également après leur guérison, qui n'est souvent qu'apparente. Je puis citer à ce sujet un homme de 20 ans, atteint d'une péritonite suraiguë « sans cause », disait son médecin (or, ces péritonites « sans cause » des enfants et des jeunes gens sont presque toujours d'origine appendiculaire). Rapidement, les accidents prirent une intensité telle qu'une intervention chirurgicale fut décidée. Ce malade mourut dans la nuit. Mais, nous avions appris un fait important : *trois ans auparavant*, ce jeune homme avait été soigné pour une « typhlite prolongée », d'après le dire de son médecin, et après la guérison de cette affection, il avait éprouvé de temps en temps, dans la fosse iliaque droite, quelques dou-

leurs promptement réprimées par le simple repos, douleurs auxquelles on n'avait pas pris garde. Eh bien, je suis convaincu que, si on eût pratiqué trois ans auparavant et dès la réapparition des douleurs, la résection de l'appendice, on eût sans doute évité les accidents mortels ».

A ces faits nous pouvons en ajouter un récent, dont nous fûmes témoins et qui nous a douloureusement ému : Un de nos jeunes amis, externe des hôpitaux, candidat à l'internat, fut pris, un samedi soir du mois de novembre 1894, pendant son dîner, d'un malaise subit, avec douleurs épigastriques et vomissements. Un peu surmené par la préparation du concours, il crut être simplement atteint de grippe, se mit au lit et se fit une injection de morphine. Le lendemain, les mêmes symptômes persistaient, mais il ne s'en inquiéta pas davantage ; ce n'est que le surlendemain, le lundi dans l'après-midi, que son entourage non médical, frappé de l'altération de ses traits, jugea utile de prévenir M. le Dr Quénu, son chef de service. M. Quénu, venu aussitôt, le considéra comme inopérable ; ce fut aussi l'avis de MM. Schwartz et Faisans, qui le virent en même temps. Malgré tout, on avait résolu de faire une laparotomie *in extremis* ; mais il succomba le lundi soir, pendant les préparatifs de l'opération. Ce jeune homme avait eu, deux ans auparavant, une première attaque d'appendicite dont il semblait parfaitement guéri, puisqu'il avait pu se livrer à un travail soutenu pour préparer l'Internat, et voilà que brusquement, une seconde attaque, probablement perforante d'emblée, l'enlève en 48 heures, avec tous les symptômes de la septicémie péritonéo-intestinale !

Après la lecture de faits semblables (et nous pourrions en citer bien d'autres calqués sur le même modèle), n'aura-t-on

pas lieu de craindre toujours une rechute dangereuse lorsque, après une attaque aiguë, celle-ci fût-elle la première, on constatera des lésions persistantes dans la fosse iliaque droite ?

Sans doute, on n'aura jamais la certitude absolue qu'une rechute se produira, mais la probabilité en sera bien grande toutes les fois qu'il restera des reliquats de l'inflammation appendiculaire. Et cette probabilité constitue un motif puissant d'intervention : « *dans le doute*, dit M. Huchard, *il ne faut pas s'abstenir.* »

3° Dans beaucoup de cas, le diagnostic est incertain.

Raison de plus, répondrons-nous, pour l'assurer par une incision exploratrice, s'il ne peut l'être autrement, d'autant plus que cette incision ne sera que le premier temps d'une opération plus complète si l'on trouve des lésions d'appendicite chronique. D'ailleurs, nous n'avons plus à défendre la légitimité de la laparotomie exploratrice : c'est une opération aujourd'hui acceptée. L'incision exploratrice, en tout cas, est préférable à la ponction exploratrice, qui est, comme l'a dit Roux (de Lausanne), quelquefois dangereuse, très souvent sans résultat, et toujours inutile ». Ajoutons qu'elle serait particulièrement dangereuse et inutile dans les cas dont nous nous occupons.

Et puis, les cas où le diagnostic est difficile ne sont pas si fréquents qu'on semble le dire : La typhlite stercorale, qui relève exclusivement du traitement médical, se distingue aisément de l'appendicite à rechutes. Parfois, cependant, le diagnostic est difficile, témoin l'observation rapportée par Th. Anger (Soc. chir., 17 février 1892), où une tumeur en forme de boudin, simulant le cœcum engoué, était en réalité formée par l'épiploon induré et adhérent. M. Anger détacha

les adhérences et les accidents disparurent. Donc, dans le doute, mieux vaut ne pas s'abstenir. Les cas embarrassants seront surtout fournis par les lésions tuberculeuses de la région iléo-cæcale ou le cancer de ce même segment intestinal ; mais, ce sont là aussi des affections qui sont du domaine chirurgical et donnent lieu à une intervention, lorsque l'état général le permet. De même si, chez une femme, une lésion suppurée des annexes de l'utérus simulait une appendicite, comme l'intervention est aussi indiquée pour une semblable lésion, le chirurgien n'aurait pas lieu d'hésiter à pratiquer une opération.

Nous conclurons que, dans les cas obscurs, l'intervention est plus indiquée que jamais, ne serait-ce que pour assurer le diagnostic.

4° Des rechutes peuvent se produire après l'opération.

Cette objection n'est pas valable, n'étant appuyée sur aucun fait : nous n'avons pas trouvé une seule observation où des rechutes seraient survenues après la résection de l'appendice. On ne peut invoquer comme telles les observations analogues à celle que M. Terrier a rapportée à la Société de chirurgie (séances du 17 février et 30 mars 1892) : il s'agissait d'une résection du processus vermiforme pour appendicite tuberculeuse et le malade, ayant présenté d'abord une certaine amélioration, mourut sept mois et demi après l'opération, de péritonite tuberculeuse. En pareil cas, il ne s'agit plus d'appendicite : si les lésions tuberculeuses ne sont pas localisées au processus vermiforme, il est évident que la résection de cet organe sera insuffisante à empêcher la lésion péritonéale d'évoluer.

5° La résection de l'appendice est une opération difficile, qui met la vie du malade en danger.

Cette objection a certainement une grande valeur, bien que Senn n'ait pas hésité à écrire que « l'excision de l'appendice est une des plus sûres et des plus faciles de toutes les opérations intra-abdominales » (*J. of the Americ. med. ass.*, novembre 1889). Cela est vrai dans les cas de lésions purement appendiculaires, où l'appendice est simplement épaissi et dilaté ; mais, dans les cas d'inflammation plastique et adhésive ou suppurée du péritoine périappendiculaire, les difficultés sont souvent réelles, ainsi que le fait remarquer Trèves. L'épaississement des tissus, quelquefois la rigidité des adhérences péritonéales sont portées à un tel point que la confusion devient à peu près inextricable et qu'on risque à tout instant d'intéresser l'intestin, l'uretère ou quelque vaisseau important. A plusieurs reprises, les meilleurs opérateurs ont été obligés d'interrompre l'opération, non seulement sans avoir pu réséquer l'appendice, mais encore sans avoir même été capables de découvrir l'organe perdu au milieu de ces adhérences résistantes.

Bull (cité par M. Talamon) (1), rapporte le cas d'une femme de 63 ans, d'une bonne santé ordinaire, atteinte d'une appendicite chronique, avec des rechutes revenant régulièrement depuis 6 mois toutes les 3 semaines. L'incision faite, il trouva l'appendice englobé dans une masse si épaisse d'exsudats plastiques, qu'il préféra refermer la plaie, plutôt que d'exposer la malade aux risques d'une dissection dont elle n'aurait probablement pas pu supporter la longueur. De même, dans un autre cas, où il croyait trouver un abcès, il rencontra

(1) Talamon, *loco citato*, p. 238.

l'appendice fixé par de telles adhérences, qu'il jugea encore prudent de n'en pas tenter l'excision.

M. Talamon (1) cite encore le cas suivant : chez un garçon de 14 ans, qui avait eu de nombreuses attaques dans le cours d'une année, une première opération montra une exsudation fibrineuse si dense autour du cœcum, que le chirurgien — un des plus compétents et des plus habiles de New-York, — diagnostiqua un rétrécissement du cœcum et pratiqua une anastomose entre la fin de l'iléon et le côlon descendant. La plaie se cicatrisa, mais les attaques se reproduisirent. Une deuxième opération, qui nécessita la plus grande patience, permit de découvrir l'appendice, qui contenait une certaine quantité de muco-pus avec une concrétion stercorale ; la guérison fut définitive.

Ajoutons le cas rapporté par Delorme à la Société de chirurgie (22 nov. 1893), où l'appendice ne put être trouvé malgré des recherches prolongées, et le malade mourut de choc en 24 heures.

Enfin Morton, après avoir signalé aussi les dangers que créent la densité et l'organisation des adhérences, reconnaît que plusieurs malades ont succombé, épuisés par la longueur de l'opération, l'appendice n'ayant pu être dégagé qu'au prix d'une minutieuse dissection du sein de l'exsudation fibroïde où il se trouvait emprisonné.

Tous ces faits prouvent bien que la résection de l'appendice n'est pas toujours une opération simple et facile ; mais ils ne sauraient la faire condamner. Ils prouvent seulement que le chirurgien qui entreprend une telle opération doit être préparé à toutes les surprises, qu'il doit être rompu à

(1) Talamon, *loc. cit.*, p. 238.

toutes les difficultés de la chirurgie abdominale. Cette opération exige la même expérience que toutes les autres interventions intra-abdominales, où il faut pourvoir à toutes les difficultés qui peuvent surgir inopinément.

D'ailleurs, les difficultés seront en général d'autant moindres que l'opération sera plus précoce, et le courant actuel semble être qu'il faut intervenir aussitôt que possible. Nous verrons, dans le chapitre VI, que l'opération pratiquée à froid n'a donné qu'une mortalité d'à peine 2 pour 100 : c'est-à-dire que cette mortalité n'est pas supérieure à celle des laparotomies pour kystes de l'ovaire, lésions des annexes, etc... Et, nous le répétons, cette mortalité ne pourra que s'abaisser si l'on intervient systématiquement d'une façon précoce.

6° L'opération expose à certains accidents consécutifs, tels que la persistance de fistules, l'éventration.

Disons tout de suite que ces accidents sont de bien minime importance en comparaison des dangers que faisaient courir les lésions que l'opération a supprimées ; et puis, en tout cas, il est ordinairement facile d'y remédier.

Les fistules simples ou stercorales sont exceptionnelles après l'opération faite à froid : dans les quelques observations où nous les avons trouvé signalées, il s'agissait de lésions tuberculeuses. A moins qu'elle ne soit entretenue par une lésion de cette nature, la fistule stercorale se fermerait d'ailleurs presque toujours spontanément.

Quant à l'éventration, elle a été signalée assez fréquemment par les chirurgiens américains : Bull (1) dit en avoir vu, à New-York, une douzaine de cas en quelques mois. Aussi s'est-on préoccupé de prévenir autant que possible cet inconvé-

(1) Bull, *New-York med. Record*, 20 avril 1892.

nient : le meilleur moyen pour cela, consiste à faire avec soin et couche par couche la suture de la paroi abdominale. Nous croyons que, dans l'opération à froid, il sera très possible d'assurer une réunion solide : le plus souvent on pourra suturer entièrement, ou bien, si le drainage est nécessaire, on ne laissera qu'un petit orifice pour le passage du tube ou de la mèche ; puis, comme le conseille Roux (de Lausanne), on fera porter quelque temps au malade une sangle de Glénard.

Nous pensons avoir maintenant victorieusement répondu aux objections adressées au traitement chirurgical de l'appendicite à répétition. Les exemples de cas malheureux que nous avons cités, où l'on s'est abstenu, prouvent assez que le traitement chirurgical n'est pas inutile. Quant aux dangers, ils sont réels ; mais on ne doit pas les exagérer : l'opération fait courir certains risques ; mais, comparés à ceux que l'on fait courir au malade en laissant évoluer ses lésions, il faut avouer qu'ils sont relativement bien minimes.

Conclusion : La résection de l'appendice vermiforme est le traitement de choix de l'appendicite à répétition.

Mais ici se pose une nouvelle question : à quel moment de l'évolution de la maladie convient-il d'opérer ? Nous verrons, dans les deux chapitres suivants, que l'intervention doit être faite dans une période de calme, entre deux attaques, et qu'il y a avantage à la faire le plus tôt possible.

CHAPITRE III

Avantages de l'opération « à froid ».

L'intervention opératoire est, comme nous l'avons vu, nécessaire au traitement de l'appendicite à répétition. Il convient donc d'examiner maintenant quel est le moment le plus favorable pour pratiquer l'opération : faut-il opérer pendant une crise, ou bien dans l'intervalle de deux attaques, pendant une période de calme ? C'est cette dernière alternative, l'opération « à froid », qui est adoptée par la plupart des partisans du traitement chirurgical.

Cependant, cette façon d'agir a été critiquée par deux chirurgiens américains : Morton (1) et Dennis (2) (de New-York). Ces auteurs ne sont pas opposés au traitement chirurgical, mais ils trouvent préférable d'intervenir pendant une crise aiguë, dès le 2e ou 3e jour. Morton pense que l'opération doit être alors moins difficile : mais on ne voit pas du tout comment une nouvelle poussée faciliterait la dissection de l'appendice, ni en quoi elle pourrait remédier à l'abondance et à la densité des adhérences. Nous verrons au contraire que, d'une façon générale, l'opération à froid est plus facile et beaucoup moins dangereuse.

(1) MORTON, Pathologie et trait. des affections de l'app. vermif., *Americ. med. Assoc.*, 8 mai 1888.

(2) DENNIS, *Med. News*, 28 juin 1890, De la légitimité de l'excision de l'appendice dans l'intervalle d'accès récurrents d'appendicite.

Dennis invoque en outre l'éventration possible à la suite de l'opération, la difficulté d'un diagnostic précis et l'incertitude de la production d'une nouvelle attaque, toutes objections auxquelles nous avons déjà répondu dans le précédent chapitre.

D'ailleurs, à part ces quelques notes discordantes, tous les auteurs qui acceptent le traitement chirurgical de l'appendicite à répétition sont d'avis qu'il faut intervenir pendant une période de calme. Au moment d'une crise, on ne doit faire qu'une opération d'urgence ; s'il s'agit d'une attaque suraiguë perforante, on fera le plus vite possible le lavage aseptique de la grande cavité péritonéale par la laparotomie médiane ; si, dans une attaque aiguë, après le cinquième ou le sixième jour, il n'y a pas d'amélioration marquée sous l'influence du traitement médical, ou si l'on constate une collection purulente dans la fosse iliaque, il faut alors inciser dans cette région, évacuer le pus et drainer. Mais, dans de telles circonstances on ne réséquera le processus vermiforme que s'il se présente de lui-même, sa libération pouvant être dangereuse, lorsqu'il est adhérent ou perdu au milieu d'exsudats péritonéaux. Donc, au cours d'une poussée aiguë, on n'opérera que si l'on a la main forcée, sans songer à faire un traitement prophylactique à l'égard des rechutes possibles.

Combien est plus grave, en effet, la situation, lorsqu'on intervient pendant une poussée aiguë ! Il nous paraît inutile d'insister sur les cas où il s'agit d'une appendicite perforante suraiguë ayant déterminé une péritonite généralisée : « Ces cas, dit Roux de Lausanne, ressortissent moins à la chirurgie qu'aux pompes funèbres ». Il s'agit d'une opération « *in extremis* », qu'on doit toujours faire, quoique sans grand espoir,

en raison de quelques succès authentiques qui ont été publiés : sans intervention la mort est fatale, et c'est une dernière, quoique bien minime chance de salut qu'on apporte au malade. Aussi doit-on faire en sorte de n'en être jamais réduit à cette extrémité.

Le tableau est déjà beaucoup moins sombre s'il s'agit d'une opération pour une appendicite aiguë avec collection purulente localisée. Toutefois, ici encore, la sécurité est bien moindre que dans un intervalle de repos.

Comme le fait remarquer Cabot (1) le contraste est frappant entre l'opération pratiquée à froid et celle faite d'urgence pendant une poussée aiguë.

Quand il est appelé à opérer pendant une attaque, le chirurgien trouve le malade épuisé par la douleur et le manque de repos ; le champ opératoire est difficilement rendu aseptique, en raison du traitement préalable dirigé contre l'inflammation : la peau de l'abdomen peut avoir été excoriée, elle peut présenter des phlyctènes produites par l'application de révulsifs. En outre, l'intestin est distendu, parésié par l'inflammation et la médication opiacée ; le tympanisme a pour effet de surélever la paroi abdominale, ce qui augmente la profondeur à laquelle se trouve l'appendice, dont la recherche devient ainsi plus pénible. De plus, il y a souvent alors des collections purulentes enkystées, assez conséquentes. Elles sont circonscrites par des anses intestinales agglutinées, qu'il peut être difficile de séparer sans laisser sortir le pus entre les anses saines : de là un grand danger de contaminer la grande cavité péritonéale ; et cette condition peut

(1) Cabot, *Bost. med. j.*, 1893.

empêcher la réalisation du but idéal de cette opération, la résection de l'appendice.

Et puis, une fois l'opération faite, il est presque toujours nécessaire de faire du drainage et, pour cela, de laisser largement ouverte la plaie de la paroi abdominale. Cette plaie se fermera par bourgeonnement et constituera un point faible de la paroi, tout préparé pour une éventration.

Si au contraire l'opération a lieu pendant une période de calme, tous ces inconvénients disparaissent. Le malade n'est plus épuisé par les souffrances ; une médication tonique, instituée aussitôt après la crise aiguë, a permis de remonter son état général. On a pu vider l'intestin au moyen de purgatifs et faire de l'antisepsie intestinale ; on a pu aussi faire des lavages antiseptiques des téguments. L'asepsie du champ opératoire, étant ainsi obtenue, on n'a pas à craindre l'infection venant de l'extérieur. On n'est pas gêné par le tympanisme ; les intestins sont affaissés et peuvent être facilement refoulés : cela donne de l'espace au champ opératoire et permet de protéger la cavité péritonéale avec des compresses aseptiques, si l'on vient à rompre quelque petite collection purulente. L'abcès, s'il existe, est toujours minime : le pus s'est résorbé en partie et l'on n'a plus affaire à ces grandes collections des attaques aiguës. A la fin de l'opération, la plaie abdominale peut être soigneusement suturée en étages de façon à reconstituer une paroi solide. Le plus souvent, il n'y a pas lieu de drainer ; mais, même s'il était nécessaire de le faire, il suffirait de laisser une petite mèche de gaze iodoformée : l'orifice de passage serait très étroit et le reste de la plaie serait encore suturé en étages ; de la sorte l'éventration consécutive est bien improbable.

L'opération faite dans un intervalle de calme a donc de grands avantages sur la même opération effectuée pendant une poussée inflammatoire. Elle fait courir au malade des risques beaucoup moindres et c'est un point que vient confirmer la statistique des opérations « à froid », comme nous le verrons au chapitre VI.

Nous ne voulons pas dire, bien entendu, qu'il ne faille jamais intervenir pendant une crise ; mais il ne faut le faire que si l'on a, pour ainsi dire, la *main forcée* : ce ne sera qu'une opération d'urgence, destinée à évacuer une collection purulente. Si, lorsque l'incision est faite dans ces conditions, l'appendice se présente de lui-même, on le réséquera après avoir jeté une ligature sur sa base ; mais les chirurgiens sont d'avis qu'il ne faut pas alors le rechercher : mieux vaudra faire plus tard une seconde opération « à froid » pour réséquer l'appendice et prévenir les rechutes ultérieures.

Donc, la conduite à tenir est celle-ci : En face d'une appendicite suppurée, on n'attendra pas la guérison pour intervenir — « car, dit Roux de Lausanne, on risquerait de n'avoir plus l'occasion de le faire » ! — mais, on ne cherchera pas à réséquer le processus vermiforme ; on ne le fera que s'il se présente de lui-même : Roux de Lausanne n'a pu l'exciser que 12 fois sur 42 interventions de ce genre. Aussi, le plus souvent on se bornera à inciser pour évacuer le pus et à drainer l'abcès.

Nous pouvons conclure de tout cela, avec Roux de Lausanne, que « l'intervention en pleine poussée purulente est, en somme, une *mauvaise opération*, si on la compare avec la résection « à froid », où la récidive est garantie et où la suture des plans, sans drainage, prévient sûrement la hernie ».

CHAPITRE IV

Du moment où l'opération est indiquée. Avantages de l'intervention précoce.

Nous avons vu, dans le précédent chapitre que le moment à choisir pour opérer une appendicite à répétition était l'intervalle compris entre deux rechutes.

Il nous reste à examiner à quelle époque de l'évolution de la maladie on devra faire l'opération : Après un certain nombre de rechutes, disent les partisans de l'opération, on est autorisé à intervenir. Mais, après combien de rechutes ? Faut-il se borner à trois, comme le disent quelques-uns ? Faut-il en attendre cinq ou six, ou plus ? Les auteurs ne sont pas d'accord à ce sujet et ont donné des règles variables.

Trèves (1), dans son mémoire de 1893, déclare que l'opération est nécessaire dans les conditions suivantes :

1° Les attaques ont été nombreuses ;

2° Elles s'accroissent en fréquence et en sévérité ;

3° La dernière attaque a été assez intense pour mettre la vie du malade en danger ;

4° Les rechutes répétées ont mis le malade dans l'état d'un invalide chronique, qui ne peut plus fournir aucun travail régulier ;

5° Grâce à la persistance de quelques symptômes, il est

(1) TRÈVES, *Brit. med. j.*, 22 avril 1893.

probable qu'il existe une collection purulente dans l'appendice ou à son voisinage.

Nous ne croyons pas que, en suivant ces préceptes, on puisse tirer du traitement chirurgical tous les bénéfices possibles : Pourquoi attendre que la vie du malade ait été mise en danger ou qu'il soit réduit à l'état d'invalide chronique ?

Ne vaut-il pas mieux prévenir ces tristes éventualités, si on peut le faire par une opération relativement peu grave ? Et on les préviendra en intervenant aussitôt que possible, c'est-à-dire dès que le diagnostic d'appendicite à répétition sera posé. Or, nous avons vu qu'on devait considérer comme telle, toute appendicite où, après une poussée aiguë, — celle-ci eût-elle été unique, — il reste dans la fosse iliaque un noyau d'induration douloureux spontanément ou à la pression.

Comme le disait M. Schwartz (1) à la Société de chirurgie : « Si, après une poussée d'appendicite, il reste dans la fosse iliaque une tuméfaction douloureuse, il faut opérer ; il ne faut pas attendre une nouvelle poussée, qui se produira certainement et pourra donner lieu à des accidents graves ».

Ecoutons aussi ces paroles de M. Quénu, dans la même séance : « Le nombre des rechutes est évidemment un médiocre critérium. Pour moi, j'attache bien plus de prix à la constatation par le palper de lésions persistantes dans la fosse iliaque droite. Qu'importe que le malade n'ait eu qu'une attaque d'appendicite si, au bout de plusieurs mois, vous retrouvez une grosseur sur le bord externe du grand droit de l'abdomen, grosseur dure, douloureuse au toucher, douloureuse aussi spontanément dans certains actes, dans certains

(1) Schwartz, *Soc. de chir.*, 12 juin 1892.

mouvements, à certaines périodes de la digestion. C'est donc la constatation matérielle de la lésion anatomique que je prendrais pour guide, fallût-il au besoin donner du chloroforme pour en avoir la vérification.

J'interviendrais à plus forte raison, si les crises avaient été nombreuses, si les douleurs et aussi la crainte permanente du danger venaient, comme dit Fitz, empoisonner la joie de vivre. Il est certain que la nécessité de gagner sa vie, les devoirs professionnels, l'impossibilité de trouver un secours chirurgical (comme le fait remarquer Porter, pour les voyageurs, les marins, etc.), la situation sociale, etc. doivent entrer en ligne de compte ; mais, je le répète, je subordonnerais ces indications à celle qui me serait donnée par la palpation iliaque et par une *persistance dûment constatée des lésions* ».

Donc, la principale indication d'opérer, c'est la présence d'un reliquat inflammatoire dans la fosse iliaque, ce reliquat étant une cause de rechutes, une véritable épine provocatrice.

Cela revient à dire qu'il faut intervenir aussitôt que le diagnostic d'appendicite à répétition est posé.

Il arrive quelquefois que des malades, après une poussée d'appendicite, ne gardent pas de lésions perceptibles et ne sont cependant pas à l'abri d'une rechute ; dans ces cas, le diagnostic ne pourra être posé non plus que l'indication opératoire ; ce sont là, d'ailleurs, des faits exceptionnels. Il peut se produire des accidents en l'absence de signes ; mais, si ces signes existent, il faut en tenir compte et agir en conséquence.

Le moment idéal pour intervenir serait donc la période de calme qui succède à la première attaque : les lésions n'étant pas encore très accentuées, l'opération serait plus facile et

moins dangereuse ; d'autre part, le danger des rechutes serait à tout jamais conjuré. Mais, en pratique, il s'en faut de beaucoup que cette manière d'agir soit souvent réalisable. Dans beaucoup de cas, le malade ne viendra trouver le chirurgien ou ne lui sera adressé qu'après avoir subi plusieurs attaques ; quelquefois même, l'une de ces dernières aura pu donner lieu déjà à une intervention chirurgicale pour évacuer et drainer une collection purulente ; mais l'appendice n'ayant pu être en même temps réséqué, le malade est encore sujet à des rechutes. Dans tous ces cas, le chirurgien devra opérer aussitôt que possible. Mais, à ce propos, il nous faut parler d'une assertion émise par Trèves (1) qui ne nous paraît pas exacte. Trèves avait dit que « lorsqu'un abcès s'est formé et que le malade guérit, il n'est plus exposé à avoir d'autres attaques. » Il pensait que l'évacuation du pus supprimait la cause même de la suppuration, la concrétion fécale étant évacuée avec le pus, ou l'appendice lésé ayant été détruit par la gangrène.

Mais, nous avons vu que le mécanisme des rechutes était variable ; elles consistent souvent en poussées de péritonite ; l'appendice n'est pas toujours détruit et reste là comme un foyer infectieux. D'ailleurs les faits ont prouvé que l'évacuation du pus peut ne pas supprimer la cause des rechutes. Kümmel (2) signale deux rechutes chez une personne après l'incision simple d'une pérityphlite suppurée. M. Talamon cite aussi (p. 151) le cas d'un malade qui eut 4 attaques en un an : chacune d'elles se termina par la formation d'un abcès iliaque qui fut chaque fois incisé et évacué.

(1) Trèves, *Wood's monographo*, août 1891.
(2) Kummel, *Centralblatt fur chir.*, 1890, Beilage, n° 15.

D'autre part, on a cité des cas où les malades paraissaient complètement guéris après la simple incision évacuatrice.

L'embarras du chirurgien pourra parfois être grand en face d'un de ces cas où l'on est déjà intervenu sans exciser l'appendice : si une nouvelle attaque est déjà survenue, la question est jugée, c'est qu'il reste une épine provocatrice dont il faut le débarrasser ; si aucune rechute ne s'est produite depuis celle où l'on a incisé, il faudra examiner avec soin l'état des organes de la fosse iliaque droite : s'il y a persistance de lésions douloureuses, l'indication opératoire subsiste ; elle subsiste *a fortiori*, s'il persiste en outre une fistule. Quelquefois même l'indication sera double ; tel le cas rapporté par Richardson (1) qui fit en même temps l'excision de l'appendice et la cure radicale d'une hernie développée au niveau de la cicatrice d'une incision faite pendant une attaque d'appendicite avec abcès.

M. Broca a fait récemment une opération analogue. A la séance du 23 novembre 1894 de la Société anatomique, il présentait un appendice vermiculaire réséqué 4 jours auparavant à une fillette qu'il opérait pour une éventration consécutive à un abcès de la fosse iliaque ouvert et guéri. Dans le cours de l'opération pour l'éventration, il reconnut que l'épiploon adhérait à l'appendice dont il bouchait une perforation ; aussi crut-il sagement agir en le réséquant.

D'une façon générale, lorsque, au cours d'une laparotomie faite pour n'importe quelle cause, on trouve l'appendice malade, il est prudent d'en faire la résection ; on préviendra ainsi des attaques ultérieures, qui pourraient nécessiter de

(1) Richardson, *Boston Soc. med. improv.*, 11 décembre 1893.

nouvelles opérations. Il ne faut jamais négliger de s'assurer de l'état de l'appendice lorsque l'occasion s'en présente.

Le 9 janvier 1895, M. le Dr Schwartz pratiquait la cure radicale d'une hernie inguinale droite chez une femme de 49 ans, qui avait eu, un mois auparavant, une attaque subaiguë d'appendicite. Le sac herniaire ayant été ouvert et l'intestin réduit, avant de réséquer le sac, M. Schwartz introduisit le doigt dedans et put ainsi aller jusque dans la fosse iliaque sentir le processus vermiforme : il le trouva petit, induré, recourbé sur lui-même et adhérent ; malheureusement, les adhérences empêchèrent de l'attirer au dehors, à travers l'anneau inguinal, pour le réséquer. Si cet appendice, avait été peu ou pas adhérent, on eût pu l'exciser sans compliquer pour ainsi dire l'opération de cure radicale et la malade eût été mise ainsi à l'abri des rechutes.

CHAPITRE V

Manuel opératoire.

L'intervention chirurgicale, pendant une période de calme, consiste dans l'ouverture de l'abdomen pour aller à la recherche de l'appendice et autant que possible en pratiquer la résection.

L'opération étant décidée, il est important de préparer le malade à la subir dans les meilleures conditions possibles. Un des principaux avantages de l'opération faite à froid est précisément la possibilité de mettre en œuvre les soins préliminaires à toute opération abdominale.

Donc, pendant les cinq ou six jours qui précèderont l'opération, on fera de l'antisepsie intestinale : le malade sera purgé et mis au régime lacté absolu ; il prendra chaque jour 2 à 4 grammes de benzo-naphtol ou de bétol (salicylate de naphtol) et un lavement à l'eau naphtolée.

En même temps la peau de l'abdomen sera aseptisée par des lavages au savon et avec la solution de sublimé ; les poils du pubis seront rasés et la paroi abdominale antérieure recouverte de compresses antiseptiques.

Immédiatement avant l'opération, on s'assurera de la vacuité de la vessie par le cathétérisme.

L'opération elle-même comprend quatre temps :

1° Incision de la paroi abdominale ;

2° Recherche de l'appendice et libération des adhérences ;

3° Résection de l'appendice ;

4° Suture de la paroi abdominale.

§ 1. — **Incision de la paroi abdominale.**

Comment inciser la paroi abdominale, pour aller le plus facilement et le plus sûrement à la recherche de l'appendice?

Trois incisions ont été proposées pour atteindre ce but :

1° La laparotomie médiane ;

2° La laparotomie latérale le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen ; c'est l'*incision de Max Schüller* ;

3° L'incision latérale dans la fosse iliaque droite, ou *incision de Roux* (*de Lausanne*) ;

Les deux premières sont passibles d'un certain nombre d'objections et ne doivent être employées qu'exceptionnellement, dans quelques cas spéciaux dont nous parlerons plus loin. L'incision de Roux, au contraire, convient à presque tous les cas : elle est devenue l'*incision classique* de l'opération « à froid ». C'est elle, en effet, qui permet le mieux d'arriver droit sur le foyer et d'y manœuvrer à l'aise ; en outre, s'il y a des adhérences avec lésions suppuratives, cette incision est contenue dans leurs limites : le processus est alors, pour ainsi dire, séparé par des néo-membranes de la grande séreuse, qui se trouve ainsi protégée contre toute inoculation possible du fait de l'intervention.

Laparotomie médiane. — La plupart des chirurgiens sont d'accord pour rejeter cette incision lorsqu'on opère « à froid » ;

elle doit être réservée aux cas où il s'agit d'une opération d'urgence, où l'on a affaire à une perforation de l'appendice ayant donné lieu à une péritonite généralisée.

Cependant M. Routier (1) la préfère, même lorsqu'il opère en dehors des crises : « c'est, dit-il, celle qui permet le mieux l'exploration et les manœuvres ; en outre, elle donne une cicatrice plus solide et expose moins à l'éventration ». Mais, l'incision dans la fosse iliaque donne aussi une cicatrice résistante, à la condition de faire des sutures en étages. De plus, il est faux que l'incision médiane donne toutes les facilités : « Il est parfois alors fort difficile, dit M. Reclus (2), d'atteindre l'appendice voilé dans les fausses membranes ou perdu dans le pus. Et cela est si vrai que, dans un cas semblable, M. Chaput dut, à l'incision médiane, ajouter une seconde incision parallèle à l'arcade de Fallope ; il en fut de même dans un cas de M. Schwartz ».

Dans la période de calme de l'appendicite à répétition, s'il y a des lésions de péritonite, elles sont localisées autour de l'appendice : « il serait donc stupide », suivant l'expression de Gerster, d'ouvrir alors le lac péritonéal lorsqu'on peut rester en dehors et évacuer le pus sans crainte d'inoculer la séreuse.

Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'il conviendra d'avoir recours à la laparotomie médiane pour l'opération « à froid ». Si par exemple, chez une femme, on hésite entre une appendicite et une lésion des annexes de l'utérus du côté droit, ou bien s'il y a coexistence des deux ordres de lésions : la laparotomie médiane permettra alors de réséquer à la fois

(1) Routier, De l'appendicite et de son traitement, *Sem. méd.*, août 1891.
(2) Reclus, *Soc. chirurg.*, 29 octobre 1890.

l'appendice et les annexes (voir nos observations II et IV). On aura encore recours à cette incision dans les cas analogues à celui de M. Schwartz (1), où l'appendice était déplacé et où on pouvait soupçonner sa présence au voisinage de la ligne médiane (voir obs. V).

Laparotomie latérale. — L'incision latérale, le long du bord externe du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit, a été proposée par Max Schüller (2), comme ayant l'avantage de conduire directement sur l'appendice.

Mais elle est passible des mêmes objections que la laparotomie médiane : on risque toujours de dépasser les limites des lésions, d'ouvrir par conséquent la partie du péritoine restée saine et à l'abri des conséquences de ces lésions. « Cette incision, dit Roux, est idéale au point de vue anatomique, suivant Luschka ; mais, à moins qu'on ne l'emploie exclusivement pour faciliter la recherche du processus vermiforme lorsqu'on veut faire une laparotomie pour péritonite, elle mérite le même reproche que l'incision quelconque *sur le milieu de la tumeur* appendiculaire. C'est en effet une méthode courante que celle qui consiste à inciser en plein sur l'endroit où l'on sent ou soupçonne l'appendice. Or, la tuméfaction est souvent énorme par rapport à l'abcès, et il y a quelquefois, au-devant de celui-ci, l'épiploon, des anses grêles, le cœcum lui-même ; et on risque fort, dans ce mode d'opérer, de prolonger l'incision en dehors de la zone d'adhérences, d'avoir quelque peine à trouver le foyer, et de briser, en cherchant

(1) Schwartz, *Soc. chir.*, 25 juillet 1894.
(2) Max Schuller, *Archiv. de Langenbeck*, 1889, p. 856.

celui-ci, la barrière qui le sépare de la grande cavité séreuse, au moment où le pus s'échappe et se répand ».

L'incision de Max Schüller ne pourrait être utile, d'après Roux, que dans les cas où l'appendice est dévié en haut et en dedans et où le foyer purulent tend à se placer au voisinage de l'ombilic. Elle sera donc très rarement indiquée dans les opérations à froid.

Un autre inconvénient de cette laparotomie latérale, c'est que, la plaie étant parallèle à la direction du cœcum, celui-ci pourra faire effort sur toute la longueur de la plaie et les hernies pourront se produire plus facilement.

Incision dans la fosse iliaque droite. — Cette incision peut être semi-lunaire ou oblique, parallèle au ligament de Poupart. Proposée par Roux, adoptée par Trèves, par M. Reclus et la plupart des chirurgiens, elle est devenue l'incision classique.

C'est l'incision pour la ligature de l'artère iliaque, légèrement modifiée ; elle tient à peu près le milieu entre les incisions destinées à la ligature des artères iliaques interne et externe. M. Roux décrit cette incision à propos des pérityphlites suppurées ; mais, même dans l'opération à froid, on rencontre souvent des lésions suppuratives ; les considérations qu'il fait valoir à ce sujet, sont donc applicables à l'opération faite pendant une période de calme. Voici, d'après M. Roux, les raisons qui l'ont amené à adopter cette incision : « Un des premiers effets du processus inflammatoire pérityphlique est l'irritation plastique ou adhésive des séreuses avoisinantes et, en particulier, l'accolement de la face externe du cœcum (et côlon) assez immobile avec le péritoine parié-

tal latéral, également moins mobile que les anses grêles. Ce sera donc là le premier espace du péritoine invariablement isolé de la grande cavité, lequel permettra d'atteindre par un trajet extra-péritonéal (artificiel) les collections paratyphliques ou péritypliques externes. Et, comme la plupart des autres pérityphlites suppurées partent de l'appendice, le meilleur ou même le seul point de repère fixe pour atteindre le foyer sûrement sera la base de cet appendice, puisque son extrémité libre n'a pas de position déterminée. En outre, l'abcès se trouve le plus souvent autour de l'appendice à l'extrémité du cœcum, dans l'angle formé en haut par cet intestin, en arrière et en dehors par la fosse iliaque. Cet espace est borné : en dedans, par des anses grêles ; en avant, par le péritoine pariétal antérieur ou par des anses accolées et l'épiploon interposé. En pénétrant dans cette loge hypothétique par le bord externe de la fosse iliaque, on peut refouler en dedans tout ce qu'on rencontre (épiploon, anses soudées) et rester encore en dehors de la cavité péritonéale libre, pourvu qu'on ne prolonge pas trop les décollements en bas et en dedans.

« En un mot, nous faisons une incision (oblique iliaque prolongée) qui nous permet d'atteindre la collection en refoulant en dedans tout le contenu de la fosse iliaque moins l'abcès, que nous trouvons dans l'angle pelvi-cœcal. L'opération se trouve beaucoup plus simple que lorsqu'on va débrouiller, avant d'atteindre le pus, les anses intestinales accolées et interposées ; les adhérences qui résulteront du tamponnement seront placées à l'endroit le moins défavorable (surface externe du cœcum) et surtout l'opérateur le moins exercé aura beaucoup plus de chances de ne pas manquer l'abcès ou de ne pas

ouvrir la cavité péritonéale en déchirant les adhérences favorables en avant et en dedans de l'abcès ».

Voici maintenant comment M. Roux décrit son incision : « Notre incision est parallèle au ligament de Poupart, parties égales en dedans et en dehors de l'artère iliaque antérieure et supérieure, dont elle est éloignée de un demi à deux centimètres. Nous n'hésitons pas à lui donner une longueur de 15 à 18 centimètres (c'est le meilleur moyen d'opérer sûrement). Incisant couche par couche jusqu'au *fascia transversalis*, on trouve, en haut et en arrière, un seul rameau artériel qui donne quelque peu (bronche de la circonflexe iliaque entre le transverse et l'oblique interne). On observe quelquefois, surtout si l'on opère tard, un peu d'œdème dans les mailles conjonctives intermusculaires, quelque coloration louche dans les couches profondes, l'infiltration, l'épaississement du *fascia transversalis*, ce qui est d'un précieux secours pour confirmer le diagnostic et guider les recherches dans la bonne direction. Arrivé sur le fascia, nous incisons le péritoine ».

M. Roux a ainsi décrit son incision, comme on l'a vu, à propos du traitement des appendicites aiguës, à collection purulente circonscrite ; dans l'opération à froid, où les collections sont très petites, lorsqu'elles existent, il y aura avantage à faire l'incision beaucoup moins grande. « Ce point, dit Jayle (1), est fort important ; car, si les grands débridements ont l'avantage de permettre une exploration facile, ils ont en revanche les très gros inconvénients d'affaiblir la paroi abdominale et de déterminer des éventrations consécutives. Aussi, de même que pour les laparotomies pour salpingo-ovarites, on tend de

(1) JAYLE, *Presse médicale*, 25 août 1894.

plus en plus à pratiquer de petites incisions. Robert T. Morris (*American J. of. med. Sc.*, p. 556, juin 1891) vient d'insister tout particulièrement sur la nécessité des petites incisions ; pour ce chirurgien, une incision de 4 centimètres est parfaitement suffisante si l'on intervient dès le début des accidents ou dans l'intervalle des crises ; dans quelques cas, il faudra sans doute atteindre 6 centimètres et plus, mais ce sont des exceptions. Sans aller jusqu'à d'aussi petites incisions, qui ne peuvent convenir que pour de faibles lésions, il est asssurément fort sage d'éviter les larges sections, d'ordinaire si peu utiles ».

On fera donc le plus souvent une incision de longueur moyenne, de 8 à 10 centimètres.

On aura soin, en outre, d'éviter autant que possible l'artère épigastrique, qui doit être laissée à la partie interne de l'extrémité inférieure de l'incision. On a vu des hémorrhagies secondaires graves à la suite des blessures de cette artère (Morton).

L'incision péritonéale devra être faite avec la plus grande prudence ; car le cœcum et l'appendice peuvent être adhérents à la paroi antérieure.

Incision de Mac Burney (1). — Dans le but d'éviter plus sûrement les hernies consécutives à l'opération, Mac Burney a proposé un nouveau mode d'incision de la paroi abdominale, qui se pratique de la façon suivante : « L'incision de la peau doit être perpendiculaire à une ligne allant de l'épine

(1) Charles Mac-Burney, Nouvelle incision de la paroi abdominale dans l'extirpation de l'appendice ; *Annals of Surgery*, juillet 1894, p. 38. Analysé par Jayle, in *Presse méd.*, 1er sept. 1894.

iliaque antérieure à l'ombilic, située à environ 2 cent. 1/2 de l'épine iliaque et d'une longueur de 10 centimètres, dont 3 au-dessus de la ligne fictive iléo-ombilicale. Le muscle oblique externe et l'aponévrose sont alors sectionnés, en ayant grand soin de séparer leurs fibres, sans les couper perpendiculairement à leur axe. Ce temps est d'ailleurs facile. Chacune des deux lèvres musculo-cutanées est alors rétractée fortement, de façon à bien mettre en évidence le muscle oblique interne, dont les fibres croisent obliquement celles du muscle superficiel. Au moyen d'un instrument mousse, les fibres de l'oblique interne et du transversalis sont alors séparées, en ayant toujours soin de ne pas les sectionner. Deux nouveaux écarteurs sont alors nécessaires pour faire bâiller l'incision et mettre à découvert le fascia transversalis, et enfin le péritoine. L'appendice enlevé, on suture le péritoine. Les deux derniers écarteurs mis sont enlevés, et aussitôt les bords musculaires se rapprochent : un surjet de catgut les maintient. Même manœuvre pour le plan musculaire superficiel et suture de la peau.

Ce procédé opératoire permet de ne pas diviser les fibres musculaires, et, par suite, de n'avoir pas à redouter l'écartement des muscles sectionnés. De plus, l'hémorrhagie est des plus minimes. On ne coupe aucun nerf important et toute douleur opératoire est ainsi conjurée. Les inconvénients sont de nécessiter 4 écarteurs, 2 pour le plan superficiel et 2 pour le plan profond, et de demander plus de temps.

L'auteur a exécuté ce manuel opératoire chez 4 malades, pour appendicites à rechutes. Les résultats immédiats sont excellents ; mais les opérations sont trop récentes pour qu'il

soit possible de donner une appréciation saine des résultats éloignés (1).

§ 2. — **Recherche de l'appendice et libération des adhérences.**

Le péritoine ayant été incisé avec la plus grande prudence, on se préoccupera de rechercher l'appendice. Quelquefois l'appendice est très facilement trouvé ; mais la recherche n'est pas toujours des plus aisées. Dans certains cas, on est obligé de rabattre en haut et en dedans le tablier épiploïque, qui peut se trouver engagé entre le cæcum et la fosse iliaque et même y adhérer. Pour trouver plus facilement l'appendice, on peut suivre le conseil d'Elliot, qui recommande de suivre la bandelette longitudinale antérieure du cæcum que l'on a sous les yeux et qui mène à l'extrémité inférieure du cæcum : on y trouvera l'appendice, toutes les bandes du cæcum venant converger à la base de celui-ci.

Mais cet artifice ne suffit pas toujours : il peut y avoir des adhérences qui ne permettent pas d'attirer l'anse iléo-cæcale entre les lèvres de la plaie et le doigt explorateur ne sent pas l'appendice, qui peut se trouver noyé dans un véritable paquet de fausses membranes.

On tentera alors de le dégager en détachant les adhérences ;

(1) Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'*incision en deux temps* de Sonnenburg ; ce chirurgien ne l'a proposée que pour les cas où l'on soupçonne une grande collection purulente. Il l'a d'ailleurs aujourd'hui à peu près complètement abandonnée et ne la pratique plus que si un fort météorisme empêche de reconnaître à la palpation le siège du foyer purulent (Sonnenburg, *Deutch. Zeitsch. für Chir.*, 1894).

on aura soin, si la grande cavité péritonéale a été ouverte, de la protéger par des compresses aseptiques, car il ne faut pas oublier que les fausses membranes peuvent circonscrire des petites collections purulentes auxquelles on va donner issue. On essaiera de rompre ces adhérences avec précaution, sans y mettre une trop grande force, par crainte de déchirer l'intestin, la vessie, l'uretère, etc., ou même la couche péritonéale. Si les fausses membranes paraissent assez résistantes, on les incisera au bistouri sur la sonde cannelée.

Un point fort important, fait remarquer Trèves (*Assoc. med. britanniq.*, 57e session tenue à Leeds, août 1889), c'est de ne pas confondre l'appendice vermiforme avec l'uretère ; cette erreur, peu probable au premier abord, a cependant été commise, et, parfois, il est excessivement difficile de dire si l'on a devant soi l'appendice ou l'uretère dilaté.

Enfin il est des cas où il est absolument impossible d'enlever ou de découvrir l'appendice ; témoin le cas rapporté par Delorme à la Société de chirurgie (22 novembre 1893) : l'opération fut longue, prolongée par le dégagement des adhérences, la recherche de l'appendice et une hémorrhagie abondante survint lors de la séparation d'une grosse nodosité fibreuse qui avait été prise pour l'appendice, hémorrhagie qui était due à la rupture des branches iléo-cœcales ; l'opéré succomba au bout de 24 heures, après avoir présenté des phénomènes très accusés de choc.

Cette observation montre qu'il peut être dangereux, en pareil cas, de prolonger les recherches et qu'il faut savoir s'arrêter à temps. « On ne doit pas alors, disait à ce propos M. Quénu, s'acharner à la recherche de l'appendice ; il faut se contenter de libérer le plus possible le cœcum et de ré-

séquer l'épiploon qui le recouvre, s'il lui est adhérent ».

La guérison peut, en effet, survenir après la libération des principales adhérences. M. Quénu (1) rapporte l'observation d'un garçon de 15 ans qu'il a opéré à froid pour une appendicite à répétition : la laparotomie latérale conduisit sur une masse formée par le grand épiploon, qui adhérait à la paroi abdominale et au-dessous duquel se trouvait le cœcum, perdu dans un magma d'adhérences, au milieu desquelles il fut impossible de trouver l'appendice. Après quelques tentatives modérées de détachement des adhérences, Quénu crut prudent de laisser les choses en l'état et de ne pas prolonger les recherches : le ventre fut refermé avec une mèche de gaze iodoformée passant par l'extrémité inférieure de la plaie. Les suites furent complètement apyrétiques.

Bien qu'on se fût borné, dans ce cas, à détacher et à *réséquer* le grand épiploon qui adhérait au cœcum, cet enfant n'a plus souffert du ventre, n'a présenté aucune crise depuis sept mois ; il est transformé, s'est fortifié et ne prend plus aucune précaution au sujet du choix des aliments. Il est probable que les accidents étaient dus aux brides cicatricielles enserrant l'intestin, puisqu'il a suffi de le dégager pour faire tomber tous les symptômes ; il en est ici de même que dans certains cas de pelvipéritonite chronique qui guérissent après laparotomie, destruction de quelques brides et drainage. De même, dans un cas de M. Schwartz (voir notre observation III), la libération des principales adhérences a suffi à empêcher les crises de se reproduire.

Si, au cours des manœuvres pour détacher les adhérences, on avait produit une déchirure d'un organe voisin, cœ-

(1) Quénu, *Soc. chir.*, 22 novembre et 6 décembre 1893.

cum, intestin grêle, uretère, vessie, on ferait immédiatement la suture de cette perforation.

§ 3. — **Résection de l'appendice**.

L'appendice a été trouvé : il était libre, flottant dans la fosse iliaque, ou bien on l'a rendu tel en le dégageant des adhérences qui le fixaient ou l'entouraient. Il s'agit maintenant de le réséquer.

Ici, deux cas peuvent se présenter, qui nécessiteront une manière d'agir différente : ou bien il n'y avait pas d'abcès périappendiculaire, ou bien il existait du pus autour de l'appendice.

Dans ce dernier cas, comme il sera prudent de faire du drainage, après un lavage soigné de la fosse iliaque à l'eau stérilisée, on se bornera à mettre un lien circulaire de soie ou de catgut autour de la base de l'appendice, qu'on sectionnera au thermo-cautère au-dessous de ce lien.

Au contraire, dans les cas où il n'existait pas de collection purulente et où l'on va réunir complètement la plaie de la paroi sans faire de drainage, on ne se contentera pas de lier l'appendice par une simple ligature ; on cherchera à obturer soigneusement la cavité appendiculaire de façon à éviter à coup sûr l'infection de la séreuse péritonéale. On peut, dans ce but, procéder de 3 façons : ou bien obturer exactement par plusieurs plans de suture l'extrémité réséquée de l'appendice, ou bien enchâsser le moignon dans un repli de la paroi cæcale ; on peut enfin, faire successivement ces deux manœuvres.

Le premier procédé, dit *procédé à manchette*, consiste à inciser circulairement le péritoine à une certaine distance de la base de l'appendice, de manière à obtenir une manchette séreuse qu'on relève ; puis on sectionne les autres tuniques la musculaire et la muqueuse, au ras du cœcum ; on les lie circulairement après cautérisation au thermo-cautère ou bien on les suture une à une ; enfin, on suture les deux bords de l'ouverture de la manchette séreuse et on les invagine dans un deuxième plan de sutures de Lembert. Tel est le procédé préconisé d'abord par M. Schwartz (1), puis par Mikulicz, Brieger (2), Quénu (3), Pollosson (4), Fowler (5). Ce procédé peut être employé seul, ou combiné avec le suivant.

Ce mode opératoire qui a été employé seul et avec succès par Ryerson Fowler, Chaput (6) et Pozzi (7), peut, comme nous l'avons dit, n'être que le second temps du précédent. Il consiste à enchâsser dans un repli de la paroi cœcale le moignon appendiculaire lié circulairement et cautérisé ou suturé par le procédé précédent. Pour ce faire, on le saisit avec une pince et on le presse contre la paroi du cœcum, qui se déprime en sillon. Il suffit alors de réunir, par dessus le moignon, les deux lèvres du sillon au moyen d'un double plan de sutures de Lembert, pour avoir un moignon totalement enchâssé dans la paroi cœcale.

(1) Schwartz, *Soc. chir.*, 18 mars 1891.

(2) Brieger, *Archiv. f. klin. Chir.*, 1893, Bd. XIV, p. 892.

(3) Quénu, *Bull. Soc. chir.*, 1893, p. 397.

(4) Pollosson, *Lyon médical*, 23 mai 1893.

(5) Georges Ryerson Fowler, *Annals of Surgery*, mars 1894, p. 348, anal. in *Presse méd.*, nº 30, 28 juill. 1894, p. 242.

(6) *Bull. Soc. anat.*, avril 1894, p. 294.

(7) Pozzi, cité par Jayle, *Presse médicale*, 25 août 1894.

§ 4. — **Suture de la paroi abdominale.**

L'appendice une fois réséqué, il reste un dernier temps pour achever l'opération, c'est de refermer la paroi abdominale. Ce temps devra être particulièrement soigné, en vue de prévenir les éventrations : le meilleur moyen d'éviter cette fâcheuse conséquence, consiste à suturer les parois couche par couche ; on aura ainsi une réunion solide par première intention.

Si des délabrements considérables ont été opérés pour la libération de l'appendice, ou bien si l'on a ouvert des foyers suppurés, on drainera la fosse iliaque à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée ; sinon, on refermera complètement la plaie abdominale. Pour cela, on fera trois étages de suture : un pour le péritoine, un second pour les muscles et aponévrose, un troisième pour la peau, ce dernier au crin de Florence ; les 2 premiers seront faits avec la soie ou le catgut. En cas de drainage, on suturera la majeure partie de la plaie, laissant juste le passage pour la mèche ou le tube de drainage.

La paroi étant suturée, on appliquera un pansement avec la gaze iodoformée, l'ouate hydrophile et du coton ordinaire, de façon à exercer une légère compression sur la plaie opératoire.

§ 5. — **Soins consécutifs à l'opération.**

L'opération faite et le pansement appliqué, le malade est reporté dans son lit. Pendant les deux premiers jours, l'ali-

mentation sera exclusivement liquide : lait, champagne, thé au rhum ; on prescrira une potion de Todd et cinq à dix centigrammes d'extrait thébaïque en pilules de façon à constiper le malade. Le troisième jour on donnera un léger purgatif. Si le malade n'a pas eu de fièvre, il commencera à prendre des aliments solides légers, le cinquième ou sixième jour.

Si les manœuvres prolongées ou l'ouverture de foyers suppurés ont nécessité le drainage, on appliquera pendant 2 ou 3 jours de la glace sur le ventre ; de même, si la température venait à s'élever ou si le ventre devenait sensible.

Dans les cas où la paroi abdominale a été complètement suturée, le pansement ne sera levé que du 8ᵉ au 10ᵉ jour et les crins de Florence seront alors enlevés.

Si l'on a été obligé de drainer, le pansement sera fait tous les deux jours : le drain sera retiré dès que l'écoulement sera devenu insignifiant et on laissera l'orifice de passage se combler par bourgeonnement.

Dès que le malade commencera à se lever, il conviendra de lui faire porter pendant quelque temps une sangle de Glénard, comme le conseille Roux (de Lausanne).

Pendant la convalescence, on aura soin d'instituer la médication reconstituante par les toniques, surtout dans les cas où le malade aura été affaibli et quelquefois même cachectisé par des rechutes incessantes ou par des troubles digestifs très marqués.

Si l'appendicite était due à une lésion spécifique, on aura recours au traitement spécial : dans les cas de tuberculose, on prescrira l'huile de foie de morue et la créosote ; s'il s'agissait d'actynomycose, on prescrira l'iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour, ainsi que l'a recommandé

M. Netter (*Bull. Soc. Méd. des hôp.*, 1893, p. 690), qui en a obtenu d'excellents résultats.

§ 6. — **Accidents consécutifs.**

Les accidents, à la suite de l'opération, peuvent être de deux ordres : la production d'une fistule et l'éventration.

La fistule stercorale est tout à fait exceptionnelle après l'opération « à froid », même dans les cas où l'on a été obligé de drainer. Elle n'a guère de chance de se produire que dans les cas d'appendicite tuberculeuse, où les lésions ne seraient pas limitées à l'appendice. M. Delorme (1) a rapporté un fait de cette nature : il avait excisé l'appendice turgescent, mais non ulcéré, à un malade qui avait eu plusieurs poussées aiguës ; il avait constaté, au cours de l'opération, que le cæcum, dans une certaine étendue, et la terminaison du petit intestin étaient indurés. « Après une guérison temporaire par première intention, dit M. Delorme, il se produisit une fistule, L'opération date de 20 mois ; ni des cautérisations répétées, ni des curages fréquents, ni une nouvelle laparotomie pratiquée il y a 13 mois, laparotomie suivie de l'excision des bords d'une perte de substance cæcale, à la place de la base de l'appendice, ni une autoplastie ne m'ont permis de tarir cette fistule qui, dans maintes observations est considérée comme un accident de très minime importance ». En pareil cas, il ne reste, comme l'a dit M. Delorme, qu'une chose à faire : la résection du segment iléo-cæcal de l'intestin, si l'état général du malade le permet. Dans le cas que nous venons de citer,

(1) Delorme, *Soc. chir.*, 22 novembre 1893.

la résection de l'appendice avait été insuffisante à amener une guérison définitive ; mais elle n'en avait pas moins présenté de réels avantages pour le malade : elle avait amené la cessation définitive de ses crises douloureuses et le rétablissement de sa santé générale.

Pour ce qui est de l'éventration, il est bien improbable qu'elle se produise si l'on a pris toutes les précautions que nous avons indiquées pour l'éviter : incision pas trop longue et très rapprochée de l'épine iliaque, sutures soignées et en étages de la paroi, port de la sangle de Glénard. Si, malgré tout, elle venait à se produire, il serait indiqué d'en pratiquer la cure radicale en reconstituant de nouveau une paroi solide.

CHAPITRE VI

Statistique opèratoire.

Dans la séance du 1er juin 1892 de la Société de Chirurgie, M. Quénu apportait un relevé de 39 cas d'appendicite à répétition opérés à froid et tous avec succès : la mortalité était donc nulle.

Plus récemment, William Bull (1) (de New-York) a dressé une liste de 450 opérations « à froid » avec 8 morts, soit une mortalité de 1,77 pour 100. Cette liste se divise en 2 parties : dans la première, sont mentionnés 101 cas qu'il a trouvé publiés, avec un seul décès ; dans la seconde, se trouvent 324 cas, avec 6 décès, qui lui ont été communiqués par les opérateurs eux-mêmes, sur sa demande : à ces 324 cas, Bull en ajoute 17 personnels avec un décès, ce qui fait pour la 2e partie de la liste 341 cas avec 7 décès. Pour ces 7 décès, il mentionne la cause de la mort : septicémie dans 2 cas (un de Fenger et un de Mac Burney) ; péritonite septique dans 3 cas de Senn, Wyeth et Bull ; volvulus de l'intestin grêle, dans un cas de Mac Burney ; enfin, ulcère tuberculeux de l'iléon dans un cas de Fowler.

Nous avons repris, en la complétant autant que possible, la première partie de la liste de Bull, c'est-à-dire la mention des cas publiés, et voici ce que nous avons trouvé :

En Angleterre : 55 cas avec guérison.

(1) Bull, *New-York med. Record*, 31 mars 1894.

En Écosse : 1 cas avec guérison et 1 avec décès.
En Allemagne : 32 cas avec guérison.
En Amérique : 52 cas avec guérison et 1 avec décès.
En France : 23 cas avec guérison et 1 avec décès.

Liste des cas publiés d'opération « à froid ».

CHIRURGIENS	GUÉRISON	MORT	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Trèves	1	...	*Lancet*, 1888, vol. 1, p. 322.
—	1	...	*Lancet*, 9 février 1889, p. 267.
—	14	...	*Brit. med. j.*, 1893, vol. 1, p. 836.
Holmes	1	...	*Lancet*, 1888, vol. 1, p. 322.
Tait	3	...	*Brit. med. j.*, 1889, p. 763.
Smith	1	...	*Lancet*, 3 mai 1890.
Teale	1	...	*Brit. med. j.*, 17 janvier 1891.
Hume	1	...	*Brit. med. j.*, 11 avril 1891, p. 803.
Sutton	2	...	*Brit. med. j.*, 21 février 1891, p. 409. *Transact. London Clin. Soc.*, vol. XXIV.
Charter Symonds	1	...	*Soc. Clin. Londres*, 13 février 1891.
Huntington	1	...	*Occidental med. Times*, 1891, p. 602.
Mayland	1	...	*Lancet*, 1891, vol. II, p. 13.
Page	1	...	*Transact. London Clinic. Society*, 1892, p. 150.
Mayo Robson	1	...	*Lancet*, 13 février 1892.
—	9	...	*Lancet*, 30 juin 1894.
Jessop	1	...	*Brit. med. j.*, 9 avril 1892.
Gordon	15	...	*Brit. med. j.*, vol. CXXVIII, p. 592, et vol. CXXIX, 7 décembre 1893.
Affleck	1	...	*Edinburgh med. j.*, août 1893, p. 106.
Duncan		1 (sepsis)	*idem* août 1893, p. 114.
Iversen	2	...	*Deutsch. med. Woch.*, 1891, p. 425.
Mayol	2	...	*Allg. Wien. Zeit.*, 37, p. 465.
Kœrte	2	...	*Soc. méd. Berlinoise*, 3 juin 1891.
Schede	4	...	*Deutsch. med. Woch.*, 1892, p. 521.
Kümmel	7	...	*Archiv. fur Klin. Chir.*, Bd. 43, p. 477.
Lennander	15	...	*Centralbl. f. Chir.*, 1893, p. 953.
Hoegh	1	...	*J. Amer. med. Ass.*, 2 novembre 1889.
Senn	1	...	*J. Amer. med. Ass.*, 1889.
Mac Burney	2	...	*N. York surg. Soc.*, 28 mai 1890.
Wyeth	1	...	*N. York surg. Soc.*, 23 avril 1890.

CHIRURGIENS	GUÉRISON	MORT	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Hortley	1	. . .	*N. York med. j.*, t. II, p. 223, 1890.
Bridge	1	. . .	*Med. News*, 24 mai 1890.
Hœdra	1	. . .	*Med. Record*, 8 mars 1890.
Monks	1	. . .	*Bost. med. j.*, 5 juin 1890.
Murray	1	. . .	*N. York med. j.*, 24 mai 1890.
Armstrong	1	. . .	*Montreal med. j.*, vol. XIX, p. 261.
Royers	1	. . .	*Memphis j. med. sc.*, vol. VIII, p. 329.
Plummer	1	. . .	*Medical Record*, vol. 43, p. 541.
Clarke et Greig Smith.	1	. . .	*Med. News*, 24 mai 1890.
Porter	2	. . .	*Bost. med. j.*, 1890 et 1891.
Curtis	2	. . .	*N. York med. j.*, 3 juin 1891.
Jacobson	1	. . .	*Med. News*, vol. XII, p. 328.
Wicks	1	. . .	*Transact. Americ. surg. Ass.*, vol. X, p. 179.
Elliot	1	. . .	*Bost. med. j.*, 1891.
Cabot	1	. . .	*Bost. med. j.*, 15 janvier 1891.
Marcy	1	. . .	*Bost. med. j.*, 28 mai 1891.
Rosenwasser	1	. . .	*Cleveland med. gaz.*, décembre 1892, p. 68.
Munro	1	. . .	*Bost. med. j.*, 1892, p. 653.
Dudley P. Allen	1	. . .	*Cleveland med. gaz.*, n° 5, mars 1893, obs. II.
Senn	5	. . .	*J. Amer. med. Ass.*, 24 mars 1894, p. 403.
Richardson	4	. . .	*Americ. j. of med. sc.*, janvier 1894.
Bull	17	1 (péritonite septique).	*N. York med. record*, 1894, vol. 45, p. 385.
Roux	10	. . .	*Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, 91 et 92.
Schwartz	3	. . .	*Soc. Chirurgie*, 18 mars 1891 et 25 juillet 1894. Thèse de Le Guern, 1893 (une observation inédite).
Routier	1	. . .	*Soc. Chir.*, 17 juin 1891 et 8 juin 1892.
Delorme	1	. . .	*Soc. Chir.*, 30 mars 1892.
—		1 (choc)	*Soc. Chir.*, 22 novembre 1893.
Terrier	1	. . .	*Soc. Chir.*, 17 février et 30 mars 1892 (appendicite tuberculeuse, mort ultérieure par péritonite tuberculeuse).
—	2	. . .	*Soc. Chir.*, 8 juin 1892.
Jalaquier	1	. . .	*Soc. Chir.*, 4 et 23 mai 1892.
Reclus	1	. . .	*Soc. Chir.*, 21 juin 1893.

CHIRURGIENS	GUÉRISON	MORT	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES
Quénu	1	. . .	*Soc. Chir.*, 15 juin 1892.
—	1	. . .	*Soc. Chir.*, 22 novembre et 6 décembre 1893 (simple libération d'adhérences sans résection de l'appendice).
Tuffier	3	. . .	*Soc. Chir.*, 5 juillet 1893.
Terrier et Cassin	1	. . .	*Gazette hebdomadaire de Paris*, 21 janvier 1893.
Broca	1	. . .	*Société anatom.*,23 novembre 1894.
Poncet (de Lyon).	6	. . .	*Academ.de méd.*,13 novembre 1894.

Cela nous donne un total de 176 opérations à froid, dont 173 avec guérison et 3 avec décès. Nous ajouterons les 5 opérations inédites de M. Schwartz, rapportées dans le présent travail (obs. III, IV, VI, VII et VIII) et nous avons finalement 181 opérations, dont 178 avec guérison et 3 avec décès; cela nous donne une mortalité de 1,65 pour 100.

Cette mortalité est donc plus faible que celle des laparotomies pour ablation des annexes de l'utérus, qui est évaluée à 2 pour 100.

Si l'on remarque qu'il s'agit d'une opération entrée tout récemment dans la pratique chirurgicale, il y a lieu d'espérer que la mortalité s'abaissera encore.

Les chirurgiens profiteront de l'enseignement qui leur est donné par une observation telle que celle de M. Delorme (1), dont nous avons parlé au chapitre V : ils sauront qu'ils ne faut pas s'acharner à réséquer l'appendice dans les cas où sa recherche et son dégagement sont par trop pénibles; d'autant plus que, comme l'a montré M. Quénu (2), le simple détachement des principales adhérences peut alors être suffisant pour empêcher les rechutes de se produire. Notre observation III vient encore confirmer cette assertion.

(1) Delorme, *Soc. Chir.*, 22 novembre 1893.

(2) Quénu, *Soc. Chir.*, 22 novembre 1893.

OBSERVATIONS

Nous rapportons 8 cas d'appendicite à répétition, pour lesquels l'intervention a été pratiquée avec succès pendant une période de calme par M. le Dr Schwartz.

Nous avons pu observer nous-même les malades des observations IV, V, VI, VII et VIII, et nous avons aidé M. Schwartz dans l'opération.

Dans ces 8 interventions à froid, l'appendice put être réséqué 7 fois ; dans un cas (obs. III), on dut se borner à libérer les principales adhérences et cette manœuvre a suffi pour amener la cessation des crises. Trois fois on fit la laparotomie médiane : dans un cas (obs. V), parce que l'appendice était dévié vers la région ombilicale ; dans deux autres (obs. II et IV), parce qu'il s'agissait de femmes chez lesquelles on soupçonnait en même temps des lésions de l'utérus ou des annexes. Dans les autres cas, on eut recours à l'incision classique dans la fosse iliaque (1).

Obs. I. — *Appendicite à répétition. — Résection à froid de l'appendice. — Guérison.*

M. Schwartz présente à la Société de chirurgie (2) un appendice enlevé

(1) Les malades des observations VI, VII et VIII ont été soignés, pendant quelque temps avant l'opération, en médecine, dans le service de M. le Dr Chauffard. Nous remercions bien vivement notre collègue et ami Macé, qui les a alors observés, des renseignements qu'il nous a si obligeamment transmis sur l'évolution de leur maladie.

(2) *Soc. Chir.*, séance du 18 mars 1891.

le 17 mars 1891, chez un jeune homme de 19 ans 1/2, atteint depuis 14 mois d'accidents douloureux dans la fosse iliaque droite, en poussées survenant tous les mois chaque fois qu'il voulait se remettre à son travail. Une dernière poussée, caractérisée par des coliques très vives, constipation, nausées.

En février 1891, il était dans une période de calme. On trouvait nettement dans la fosse iliaque droite une tumeur allongée et transversalement couchée, grosse comme le petit doigt, très douloureuse à la palpation, surtout en dehors et plus dure en un point. M. Schwartz put *diagnostiquer une appendicite à rechutes avec corps étranger probable et dilatation kystique de l'appendice.* Le malade réclamait l'intervention.

Laparotomie iliaque. — Incision commençant au-dessus de la crête iliaque et suivant jusqu'au milieu de l'arcade crurale, à un travers de doigt au-dessus d'elle. La tumeur n'était autre que l'appendice épaissi, adhérent par toute son extrémité à la fosse iliaque, tandis que la partie cœcale était libre dans la cavité péritonéale. On sentait facilement dans l'extrémité de l'appendice un point dur, mobile. Détachement des adhérences, libération complète de l'appendice. Section à un demi-centimètre du cœcum. Sutures de Lambert sur le petit moignon désinfecté à l'eau phéniquée forte. Fixé par un fil en anse à la paroi abdominale pour le retrouver aisément en cas d'infection. Sutures en étages de la paroi abdominale au catgut. Crin de Florence pour la peau. Pas de drainage. Appendice en massue, long de 6 à 7 cent., parois épaissies. Dans l'extrémité un corps étranger très dur, allongé, ressemblant à un pépin d'orange, probablement un calcul fécal. Pas d'abcès communiquant avec le cœcum.

Revu un an et demi après l'opération par M. Schwartz. le malade était en bonne santé et n'avait eu aucune rechute.

Obs. II. — *Appendicite à répétition et rétroversion utérine. — Résection à froid de l'appendice et redressement de l'utérus par la laparotomie médiane. — Guérison* (1).

D... Marie, 41 ans, journalière, entre le 26 juillet 1892 dans le service de M. le Dr Schwartz.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à 45 ans, était d'une santé faible. Mère bien portante. Frère mort de tuberculose. Sœur a eu deux fois des vomissements de sang.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 11 ans.

Réglée à 13 ans, très régulièrement.

Première grossesse à 22 ans : couches très difficiles ; application de forceps, péritonite consécutive durant deux mois.

Deuxième grossesse à 26 ans ; couches faciles.

La malade est en général d'une très faible santé ; elle tousse de temps en temps et, à l'âge de 30 ans, elle a craché le sang, sans que le médecin ait pu trouver une lésion quelconque.

La maladie actuelle a débuté il y a 18 ans, à la suite de son premier accouchement. A peine remise de ses couches et des complications qui les suivirent, elle fut prise de douleurs vives dans le côté droit, douleurs qui irradiaient vers les cuisses et les reins. Ces douleurs survenaient par crises à la suite de fatigues et trois ou quatre heures après les repas ; elles étaient d'abord peu fréquentes. En même temps elle sentait, lorsqu'elle était couchée, dans la fosse iliaque droite, une grosseur qui roulait sous le doigt et qu'elle suivait jusqu'à l'ombilic. Souvent cette grosseur disparaissait complètement. Aucun trouble ni du côté des organes génitaux, ni du côté de la vessie. La digestion se faisait péniblement.

Au mois de septembre 1891, elle eut une entérite aiguë et, à partir de cette époque, les crises augmentèrent comme fréquence et comme intensité. Elle commença à maigrir : elle pesait 74 kilogs.

Au mois d'avril 1892, nouvelle crise très aiguë ; elle reste trois semaines au lit. Poids 63 kilogs.

(1) Publiée dans la thèse de Le Guern, Paris, 1893.

Au mois de juillet, encore une crise très aiguë ; elle reste couchée pendant trois semaines. Poids 56 kilogs.

Son médecin l'engage alors à subir une opération et elle entre à l'hôpital Cochin.

Le 27 *juillet*, l'examen du ventre, à l'inspection, ne présente rien de particulier. A la palpation, on trouve, dans la région iliaque droite, au niveau du cœcum, un cordon arrondi, situé profondément, roulant sous le doigt et semblant répondre à l'appendice dilaté. Le palper est très douloureux.

Du côté des organes génitaux, on trouve l'utérus très gros, complètement immobilisé en rétroversion. Pas de métrorrhagie, mais pertes abondantes qui, dernièrement sont devenues purulentes et d'odeur fétide. Douleurs dans les régions ovariennes, à droite et à gauche. Urines normales.

Le 29 *juillet*, la malade étant chloroformée, M. Schwartz pratique la laparotomie sur la ligne médiane : les lésions des organes génitaux, qui accompagnent celles de l'appendice, l'ont déterminé à préférer, dans le cas actuel, l'incision médiane à l'incision latérale. Le cœcum est entouré d'une bride épiploïque qui est sectionnée entre deux pinces et qui aurait pu donner lieu, au moment du passage des matières, aux phénomènes douloureux et qui aurait pu produire la tumeur perçue à la palpation.

L'appendice présente la forme en massue et on y trouve un corps étranger. On fait une ligature, en chaîne au niveau de sa naissance ; on dissèque une manchette péritonéale et on sectionne l'appendice. Cautérisation de la muqueuse au thermo-cautère. Deux plans de suture séro-séreux à la soie fine.

En explorant les organes génitaux, on sent l'utérus en rétroversion ; il est enclavé dans le cul-de-sac de Douglas, mais sans adhérences. On constate la présence d'un petit corps fibreux dans l'angle droit. On redresse complètement l'utérus qui vient s'appliquer contre la symphyse. Les annexes sont saines.

Toilette du péritoine. Sutures profondes et superficielles de la paroi.

Pansement à la gaze iodoformée.

Glace sur le ventre.

L'examen de l'appendice y révèle la présence d'un pépin de raisin entouré de matières fécales.

30 *juillet.* — La malade est affaiblie ; vomissements bilieux.

1er *août.* — La malade va bien jusqu'au 16 août. A cette date, léger état fébrile et point pleurétique. Mais dès le 18 août, les phénomènes vont en diminuant.

Elle part en convalescence, au Vésinet, le 1er *octobre* 1892. — On la revoit au mois de novembre : elle n'a plus eu de crise et se déclare guérie.

M. Schwartz a revu cette malade au mois de juillet 1894 : elle est complètement guérie ; elle n'a plus eu de crises. On ne trouve rien, à la palpation, dans la fosse iliaque droite, rien non plus du côté de l'utérus. Elle présente une petite hernie ventrale à la partie inférieure de la cicatrice.

Obs. III. — *Appendicite à répétition. — Intervention à froid ; détachement des adhérences sans résection de l'appendice. — Guérison.*

D..... Xavier, âgé de 51 ans, imprimeur, entré dans le service de M. le Dr Schwartz le 19 mars 1894.

Antécédents héréditaires. — Pas d'antécédents tuberculeux.

Antécédents personnels. — Fièvre intermittente à l'âge de 22 ans.

Rhumatisme articulaire aigu en 1867 et en 1871.

Eczéma des jambes.

Le début de la maladie actuelle remonte au 1er septembre 1894 : il eut alors, pendant quatre jours, de violentes coliques, accompagnées de nausées et de constipation.

Nouvelle crise en février 1894.

Troisième crise le 8 mars 1894 : on constate alors, pour la première fois, une tuméfaction dans le flanc droit. Amélioration depuis quelques jours.

Examen, le 24 mars.

Inspection. — On constate à la vue, qu'il n'existe aucune circulation collatérale dans la région de la fosse iliaque droite, dont la peau porte les traces d'un vésicatoire.

Palpation. — Dans la fosse iliaque et le flanc du côté droit, on sent

une tuméfaction dure, bosselée, de la grosseur du poing, douloureuse à la pression. Elle s'étend du milieu de la crête iliaque en arrière sur une étendue de quatre travers de doigt en avant; son centre est situé sur une ligne horizontale passant par l'ombilic. Sa partie inférieure, logée dans la fosse iliaque, n'atteint pas l'arcade crurale. Nulle part on ne sent de fluctuation.

La tumeur, saisie à pleines mains à travers la paroi abdominale épaissie, paraît mobile. Les doigts peuvent être enfoncés entre la tumeur et les fausses côtes et la délimiter franchement d'avec le foie.

Matité dans le flanc droit au niveau de la tumeur ; cette matité persiste quand le malade est dans le décubitus latéral gauche. A gauche, matité dans le décubitus dorsal, sonorité dans le décubitus latéral droit (un peu d'ascite).

Etat général satisfaisant. Le malade a un peu maigri dans ces derniers temps.

Les jours suivants, la tumeur semble diminuer un peu de volume.

7 *avril* 1894. — Opération. Chloroforme.

Incision de 15 cent. dans la fosse iliaque droite, à concavité dirigée vers l'ombilic. On tombe sur le côlon ascendant, rouge et enflammé. Les anses voisines de l'intestin grêle sont accolées par une substance jaunâtre, fibrineuse plutôt que purulente : elles constituent ainsi une masse empâtée dans la fosse iliaque.

On détache la plupart des adhérences ; mais l'appendice reste en partie enclavé : on renonce à l'enlever ; il ne paraît pas contenir de corps étranger à la palpation.

Lavage de la fosse iliaque et drainage avec une mèche de gaze iodoformée.

Sutures étagées de la paroi.

11. — On enlève la mèche de drainage.

25. — La plaie est complètement fermée.

La tumeur de la fosse iliaque a presque complètement disparu : il ne reste plus qu'un noyau de la grosseur d'un petit œuf, complètement indolore à la pression.

Le malade sort guéri le 3 mai 1894.

On le revoit au mois de novembre 1894 : la guérison s'est maintenue ; légère éventration au niveau de la cicatrice.

Obs. IV. — *Appendicite à répétition ou salpingite droite? Opération à froid : laparotomie médiane exploratrice ; excision de l'appendice. Guérison.*

Mme G... Edith, âgée de 37 ans, entre dans le service de M. le Dr Schwartz le 9 avril 1894.

Antécédents héréditaires. — Père, mort de cancer de l'estomac. Mère, morte d'accident.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans 1/2 ; à ce moment, elle était anémique et avait de la leucorrhée.

La malade, ordinairement constipée, ressentit à 5 ou 6 reprises différentes de véritables crises de douleurs, siégeant surtout dans la région iliaque droite ; dans ces moments de crise, le ventre est dur, ballonné et douloureux à la pression. La dernière crise s'est produite il y a six semaines et elle fut obligée de garder le lit pendant six jours.

Les dernières règles eurent lieu le 17 mars 1894 : elle n'a remarqué aucune coïncidence entre ses règles et les douleurs qu'elle a ressenties.

Palpation. — Douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. On sent rouler sous le doigt un cordon dur, qui semble être l'appendice.

Toucher vaginal. — Col utérin volumineux ; utérus un peu gros. — Pas de douleur du côté des annexes.

Palper bimanuel. — Douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Cul-de-sac droit douloureux. — On sent, très haut située, une petite tuméfaction dont on ne peut reconnaître la nature.

On hésite entre une appendicite et une salpingite droite.

12 *avril* 1894. — Chloroforme. — Laparotomie médiane exploratrice. — On examine immédiatement les annexes : la trompe droite est un peu grosse, congestionnée et présente quelques petits kystes que l'on crève et sur lesquels on fait quelques pointes de feu. Ovaire droit normal.

Les annexes du côté gauche sont saines.

L'appendice vermiforme, assez court, est fixé par des adhérences à la paroi antérieure de l'abdomen, l'extrémité libre dirigée en haut.

Extirpation de l'appendice avec manchette séreuse et sutures à la soie fine.

Sutures étagées de la paroi abdominale.

L'appendice enlevé est dur, à parois épaissies, il ne contient ni calcul, ni corps étranger.

Suites normales.

La malade sort guérie le 29 avril 1894.

Obs. V. — *Appendicite à répétition. — Résection à froid de l'appendice par la laparotomie médiane. — Guérison* (1).

Jeune homme de 20 ans, élève de l'école des Hautes Etudes commerciales. Début de l'affection en décembre 1884 : violentes douleurs abdominales, vomissements, ballonnement, fièvre intense, formation d'un abcès sous-ombilical ouvert au bistouri le 15 février 1885. Soulagement immédiat. Elimination possible d'un calcul fécal. Fermeture de l'abcès en novembre 1885. Rétablissement complet de la santé.

Six ans après la première crise, en août 1890, réapparition des mêmes phénomènes douloureux, fébriles, avec vomissements, et en plus des envies fréquentes d'uriner, de la douleur à la miction. Un nouvel abcès se forme au même endroit que le premier ; il s'ouvre spontanément et laisse écouler du pus sans calcul fécal. Cicatrisation complète en février 1891.

Troisième crise en novembre 1893, plus violente que les premières, quoique plus courte. Forte fièvre, adynamie, ballonnement du ventre, dysurie, ténesme vésical. Nouvel abcès ouvert et cicatrisé en quinze jours.

La santé est redevenue bonne ; mais le malade, dans la crainte d'un retour probable des mêmes accidents, qui aurait occasionné une interruption dans ses études, vient consulter M. Schwartz sur l'opportunité d'une intervention. L'examen local ne révèle rien d'anormal, à part la cicatrice brunâtre, où se sont ouverts les trois abcès sous-ombilicaux.

Une laparotomie exploratrice est décidée et pratiquée le 6 juin 1894. Incision médiane de 8 centimètres, dont le milieu correspond à la cicatrice. Tissu cicatriciel dense, comblant la ligne blanche ; franges épiploïques adhérentes qu'on décolle. On sent alors un cordon arrondi qui,

(1) Schwartz, *Soc. chir.*, 25 juillet 1894.

parti de la fosse iliaque droite, vient se jeter dans la paroi et s'y insinuer. On l'attire au dehors et on constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cœcum. Il est accompagné d'une grosse masse épiploïque et n'a pas de méso. On libère péniblement son extrémité terminale encastrée dans la paroi. On résèque la masse épiploïque adhérente. Résection de l'appendice au niveau du cœcum. Procédé à manchette ; cautérisation du pédicule à l'eau phéniquée forte. Sutures séro-séreuses. Double plan de sutures pour la paroi. Aucun incident. Lever du malade au 18e jour. L'appendice est long de 7 centimètres ; son extrémité terminale est effilée et dépouillée de ses tuniques externes sur une longueur de 2 centimètres. Il contient des matières fécales liquides, mais aucun corps étranger. On le coupe, les parois sont un peu épaissies, comme sclérosées.

Obs. VI (personnelle).—*Appendicite à répétition. — Intervention à froid après la cinquième attaque : résection de l'appendice et évacuation d'une petite collection purulente. — Guérison.*

Mlle Ku.... Marguerite, peaussière, âgée de 20 ans, entre dans le service de M. le Dr Schwartz, le 12 novembre 1894.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 10 ans. Chlorose au moment de la puberté. Réglée à 15 ans, régulièrement. Quelques pertes blanches. Jamais de constipation. Bonne santé jusqu'en février 1894.

Le 28 février 1894, début d'une affection qui dura 4 mois et fut diagnostiquée fièvre typhoïde par le médecin traitant. Cette affection a débuté brusquement, le 28 février, sans aucun prodrome, par de la fièvre, de violentes douleurs dans tout l'abdomen, avec vomissements. Elle n'a jamais eu de céphalalgie ni de diarrhée. Au commencement du mois de mai, comme elle commençait à se lever et à s'alimenter, elle est reprise de fièvre, douleurs abdominales et vomissements, et garde le lit encore pendant deux mois (mai et juin).

Au mois d'août, les mêmes phénomènes reparaissent, mais ne durent qu'une quinzaine de jours.

Après deux semaines de calme, nouvelle attaque analogue (commencement du mois de septembre).

Le 17 octobre, nouvelle rechute : au bout de 12 jours, le 29 octobre, elle entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Achard, en pleine poussée fébrile : la région de la fosse iliaque droite est empâtée et extrêmement douloureuse à la moindre pression. Sous l'influence de l'opium et des applications de glace sur le ventre, la douleur devient moins vive et la température tombe à la normale le 5 novembre. A cette date, la palpation de la fosse iliaque droite permet d'y constater la présence d'une tumeur douloureuse à la pression et du volume d'un œuf de poule ; cette tumeur est située un peu au-dessous d'une ligne joignant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

M. le Dr Achard porte le diagnostic d'appendicite à répétition et engage la malade à profiter d'une période de calme pour se faire opérer.

La malade passe dans le service de M. le Dr Schwartz le 13 novembre.

A l'*inspection*, rien d'appréciable au niveau de la fosse iliaque droite ; l'empâtement a disparu.

A la *palpation*, on sent, en déprimant la fosse iliaque, un cordon gros comme le petit doigt, long de 6 à 7 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, situé à un travers de doigt au-dessus d'elle, très peu douloureux à la pression. Mais on note une douleur vive à la pression en un point situé au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic (point de Mac Burney).

Par le toucher rectal, le toucher vaginal et le palper bimanuel, on ne constate rien d'anormal : rien du côté de l'utérus et de ses annexes. Ni diarrhée, ni constipation. Etat général bon.

Depuis qu'elle est dans le service de chirurgie, la malade reste levée toute la journée, allant et venant dans la salle, n'éprouvant aucune douleur spontanée du côté de la fosse iliaque droite. Elle a assez bon appétit, mange la nourriture ordinaire de l'hôpital, sans prendre aucune précaution dans le choix des aliments.

Depuis le mois d'août, les règles viennent irrégulièrement, sont généralement en retard ; elles n'apparaissent pas le 20 novembre, date à laquelle la malade les attendait, ni les jours suivants.

On décide alors de ne pas retarder plus longtemps l'opération, par crainte d'une nouvelle rechute. La malade a eu jusqu'à présent cinq attaques aiguës.

Opération. — Celle-ci est effectuée le 26 novembre 1894. — Chloroforme. La malade étant anesthésiée, on sent très nettement le cordon induré parallèle à l'arcade rurale.

Incision courbe de 10 centimètres à concavité tournée vers l'ombilic, le milieu passant à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, l'extrémité inférieure se trouvant à 3 centimètres au-dessus du tiers externe de l'arcade crurale.

Incision couche par couche des muscles grand oblique, petit oblique et transverse, enfin du péritoine.

L'épiploon apparaît : on le relève facilement, car il n'est pas adhérent au cœcum. On sent alors, au-dessous du cœcum, un cordon tendu, adhérent en arrière au psoas et à l'artère iliaque. Ces adhérences sont assez aisément détachées avec le doigt et le segment iléo-cœcal de l'intestin peut alors être attiré au dehors.

L'appendice est inséré à l'extrémité inférieure et postéro-interne du cœcum ; il est entouré de fausses membranes : en détachant celles-ci, on provoque la rupture d'un petit abcès périappendiculaire. L'appendice est long de 6 centimètres et spontanément amputé en son milieu, les deux moitiés n'étant plus réunies que par un petit filament. La moitié inférieure n'est retenue que par des adhérences très faibles et facilement enlevée. Mais la moitié supérieure est absolument engaînée dans un lit de fausses membranes, qui l'appliquent contre le péritoine cœcal ; du pus s'écoule de cette gaîne. La lumière du canal est oblitérée dans le segment inférieur. L'extrémité inférieure du segment supérieur est également oblitérée : après avoir réséqué d'un coup de ciseaux cette extrémité, on peut introduire un stylet dans sa lumière ; mais celui-ci ne pénètre pas jusque dans le cœcum.

Pour dégager le segment supérieur, il faut inciser au bistouri, sur la sonde cannelée, les fausses membranes qui l'engaînent. Une fois le segment supérieur de l'appendice libéré, on met une ligature circulaire à la soie sur sa base, à 1/2 centimètre de son insertion cœcale, et on le détache au thermo-cautère.

Après un lavage de la fosse iliaque à l'eau stérilisée, une petite mèche de gaze iodoformée est placée contre le moignon de l'appendice réséqué, au milieu des fausses membranes qui formaient la paroi de l'ab-

cès ; une seconde mèche, plus grande, est placée dans la fosse iliaque.

Les différents plans de la paroi sont suturés en étage (péritoine, couches musculaires et peau), en laissant au milieu de l'incision un orifice pour le passage des mèches de drainage.

Pansement à la gaze iodoformée.

Application de glace sur la paroi abdominale pendant trois jours.

Les jours suivants, la malade se trouve très bien ; pas la moindre élévation de température. Les règles apparaissent le 28 novembre et durent 4 jours.

On enlève, le 29 novembre, la mèche de la fosse iliaque, puis, le 2 décembre, la petite mèche qui allait au contact du moignon de l'appendice. On met un petit tube de drainage qu'on enlève le 6 décembre.

Le 3 *décembre*, la malade prend 40 grammes d'huile de ricin ; elle commence à s'alimenter le 4 décembre.

8. — Ablation des crins de Florence (sutures de la peau) ; l'orifice de passage des drains se ferme par bourgeonnement.

18. — La plaie opératoire est complètement cicatrisée ; elle commence à se lever le 20 décembre : elle ne ressent plus aucune douleur dans la fosse iliaque droite, qui ne présente plus de sensibilité à la pression.

Elle sort guérie le 6 janvier 1895 ; la paroi est solide, la cicatrice paraît très résistante pendant les impulsions provoquées par les efforts de toux.

Obs. VII (personnelle). — *Appendicite à répétition. — Résection à froid de l'appendice après la 2e attaque. — Guérison.*

Le nommé M..., Valentin, journalier, âgé de 47 ans, est amené le 14 décembre 1894 à l'hôpital Cochin.

Il a toujours joui d'une bonne santé jusque dans ces derniers temps.

Il a, depuis six ans, une petite hernie épiploïque dans la région épigastrique, à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 30 *août* 1894, il est pris brusquement d'une douleur syncopale dans tout l'abdomen, avec vomissements d'abord alimentaires, puis verdâtres. Il est soigné, du 30 août au 10 septembre 1894, à l'hôpital

de Toul : il nous dit avoir éprouvé alors absolument les mêmes symptômes que ceux qui le font entrer maintenant à l'hôpital Cochin.

Il vient à Paris le 10 décembre 1894 et marche beaucoup pour chercher du travail. Le 14 décembre, il est très fatigué ; il est pris brusquement, dans la rue, de douleurs abdominales violentes avec vomissements verdâtres. Il est alors conduit au Bureau central, d'où on l'envoie à l'hôpital Cochin, dans le service du Dr Chauffard.

Le ventre est ballonné et extrêmement sensible à la pression, surtout dans tout le côté droit et au niveau de la région épigastrique, où existe une épiplocèle.

Température 39°; quelques vomissements verdâtres, facies péritonitique; la constipation n'est pas absolue. La palpation de l'abdomen est difficile à cause de la douleur qu'elle provoque.

On croit tout d'abord que ces phénomènes sont dus à l'inflammation de l'épiplocèle et on prescrit : régime lacté, extrait thébaïque, glace sur le ventre.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, la température redevient normale, de même que le facies, le ballonnement du ventre disparaît ; la douleur abdominale devient moins violente et se localise à la fosse iliaque droite : le 17 décembre, on sent, à la palpation de cette région, une masse du volume d'un œuf, douloureuse à la pression et située à égale distance entre l'épine iliaque antéro-supérieure droite et l'ombilic.

L'état du malade continue à s'améliorer : le 23 décembre, il se lève quelques heures dans la journée et mange un morceau de pain ; vers le soir, il ressent des douleurs assez violentes dans la fosse iliaque droite et a un peu d'élévation de la température. On continue alors à le soumettre au régime lacté avec repos au lit, et on lui conseille de se faire opérer.

Il passe en chirurgie, dans le service de M. le Dr Schwartz, le 30 décembre 1894.

Nous constatons alors que la tumeur de la fosse iliaque droite a beaucoup diminué de volume, mais persiste encore sous la forme d'un noyau induré, douloureux à la pression et situé au point de Mac Burney.

Malgré le repos absolu au lit et le régime lacté, l'état local reste tel jusqu'au jour de l'opération.

Etat général satisfaisant. Peu d'appétit ; légère constipation. Pas d'albuminurie ni de glycosurie ; polyurie (3 litres d'urine par jour).

15 *janvier* 1895. — *Résection « à froid » de l'appendice iléo-cæcal.*

Chloroforme : la palpation de la fosse iliaque droite, pendant la résolution musculaire, permet de sentir un petit cordon verticalement allongé sur le muscle psoas.

Incision de 8 centimètres, légèrement concave en dedans, le milieu de l'incision se trouvant à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite : incision, couche par couche, de la peau, de l'aponévrose, des muscles et du péritoine : celui-ci ouvert, on trouve quelques très légers tractus allant de la face antérieure du cœcum à la paroi : ils sont très facilement détachés. Le cœcum étant attiré hors de la plaie, on trouve très facilement l'appendice, qui est absolument libre et flottant dans la fosse iliaque.

Une ligature à la soie est placée sur le méso-appendice.

On dissèque ensuite une manchette séreuse de un centimètre, qu'on relève vers la base de l'appendice. Sous cette manchette relevée, on place une ligature circulaire à la soie, qui enserre les autres tuniques de l'appendice, à un demi centimètre au-dessous de son insertion au cœcum. On sectionne l'appendice au-dessous de cette ligature et on cautérise le moignon au thermo-cautère.

La manchette séreuse est alors rabattue et suturée, par dessus le moignon, par cinq fils de soie ; par-dessus, on fait à la soie trois points de suture de Lembert, de façon à invaginer le tout dans la tunique séreuse du cœcum.

Suture de la paroi à quatre étages : péritoine, muscles, aponévrose, peau. — Pas de drainage profond ; un petit tube est placé sous la peau, à l'extrémité supérieure de la plaie.

L'appendice enlevé était un peu induré et long de 7 centimètres ; on sent, tout à fait à son extrémité, à travers les parois épaissies, quelques petits grains, comme des grains d'anis : en ouvrant cette extrémité, on voit que ce sont de petites concrétions stercorales ; la muqueuse est mamelonnée. La cavité est irrégulièrement dilatée.

Le drain est enlevé le 18 janvier et les crins de Florence le 23 janvier 1895. Réunion par première intention. L'appétit est revenu ; la

fosse iliaque n'est plus sensible à la pression : à la palpation, on n'y constate plus rien d'anormal.

Obs. VIII (personnelle). — *Appendicite à répétition. — Résection de l'appendice à froid, après la 2e crise. — Guérison.*

Mme N..., âgée de 33 ans, giletière, entre à l'hôpital Cochin le 11 décembre 1894.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 35 ans, d'un cancer. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance.

Fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans. Plusieurs fois la grippe. Réglée à 11 ans, régulièrement. Trois enfants de 11, 9 et 4 ans, d'une santé parfaite.

Le 31 octobre 1894, elle fut prise brusquement, le matin, de douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, avec irradiations vers la région lombaire et le creux épigastrique. Ces douleurs ont persisté, avec des rémissions très courtes, presque toute la journée. Elle était constipée depuis quelques jours.

Le lendemain, 1er novembre, la malade prit un peu de sulfate de magnésie, qui n'eut aucune action. Les douleurs de ventre reparurent, accompagnées de vomissements, d'abord alimentaires, puis verdâtres, pendant 48 heures. En même temps, le ventre était très ballonné.

Les jours suivants, ces phénomènes s'atténuent ; les crises douloureuses deviennent plus espacées et la malade se lève au bout de huit jours, son appétit reste faible.

Quinze jours plus tard, quoique indisposée, elle ne peut résister au désir de manger de la choucroute au jambon. Peu après cette ingestion, elle était reprise de douleurs et de vomissements qui ont présenté les mêmes caractères que précédemment.

C'est alors (11 décembre 1894) qu'elle entre à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Chauffard : on la met au régime lacté et on lui applique quelques pointes de feu sur la région iliaque droite. Les douleurs se calment, la fièvre tombe au bout de quelques jours.

Le 29 *décembre* 1894, elle passe en chirurgie, dans le service de M. le Dr Schwartz.

Inspection. — Ventre un peu ballonné. La région iliaque droite porte les traces d'un vésicatoire et de pointes de feu.

Palpation. — On sent un cordon dur, qui part de la fosse iliaque droite, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, et se dirige vers l'ombilic, sous lequel il se termine par une masse indurée du volume d'un petit œuf de pigeon, dont l'axe serait vertical. Toute cette masse est un peu douloureuse à la pression.

La pression réveille une douleur assez aiguë en un point situé au milieu de la ligne qui joint l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic (point de Mac Burney).

La palpation fait aussi constater quelques frottements péritonéaux au niveau du cœcum.

Toucher vaginal. — On ne constate rien d'anormal du côté de l'utérus et de ses annexes.

Pas d'appétit. Selles assez régulières.

La malade a passablement maigri depuis sa première crise ; cependant l'état général est resté satisfaisant. Température normale.

Le 6 *janvier*, la malade reste quelques heures levée, circulant dans la salle ; le soir, elle ressent des douleurs assez vives dans la fosse iliaque droite. Dès lors, elle reste au lit et au régime lacté jusqu'au jour de l'opération. L'état local ne présente aucune modification.

17 *janvier* 1895. — *Résection à froid de l'appendice.*

Chloroforme. — La palpation sous le chloroforme fait sentir très nettement le cordon induré qui va de la fosse iliaque droite à l'ombilic.

Incision de 8 centimètres, un peu concave, le milieu étant situé à un centimètre en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure droite : incision couche par couche de la peau, de l'aponévrose, des muscles et du péritoine.

On tombe alors sur la face antérieure du cœcum, qui est adhérent à la paroi par des tractus assez nombreux, mais fins et peu résistants. Le cœcum est attiré en dehors de la plaie : ses parois sont très vascularisées. On trouve facilement l'appendice qui est très long, recourbé sur lui-même et se dirige en haut et en dedans, en arrière de l'angle iléo-cœcal de l'intestin. Il n'adhère que par quelques très légers tractus qui cèdent sans résistance aucune.

Deux ligatures à la soie sont placées sur le méso-appendice. Puis on taille à la base de l'appendice une manchette séreuse qu'on relève. Un fil de soie est placé circulairement sur les autres tuniques, sous la manchette relevée, à un demi-centimètre de l'insertion cæcale du processus vermiforme. Celui-ci est sectionné au thermocautère, au-dessous de la ligature. La manchette est alors rabattue et suturée par dessus le moignon par trois fils de soie. Le tout est ensuite invaginé dans le péritoine cæcal par deux points de suture de Lembert à la soie.

Suture de la paroi à quatre étages : le péritoine à la soie, les muscles au catgut, l'aponévrose à la soie et la peau avec des crins de Florence. Pas de drainage.

L'appendice enlevé est long de 9 cent. et demi. Sa surface extérieure est très vascularisée : son extrémité libre est renflée en massue. Sa cavité est un peu dilatée vers le milieu ; elle ne contient ni corps étranger, ni concrétion stercorale. La surface de la muqueuse est mamelonnée ; elle présente, vers le tiers supérieur, une petite érosion arrondie.

Les crins de Florence sont enlevés le 28 janvier : réunion par première intention. L'appétit est revenu ; à la palpation, on ne sent plus rien dans la fosse iliaque, qui n'est plus douloureuse à la pression.

Réflexions. — Les malades qui font le sujet des trois dernières observations (obs. VI, VII et VIII) ont été observés par nous pendant quelque temps avant l'opération. Nous avons été frappé de ce fait que les symptômes qu'ils présentaient ne nous renseignaient guère sur la gravité des lésions. La jeune malade de l'observation VI, qui avait son appendice spontanément amputé en son milieu et entouré de pus, présentait toutes les apparences extérieures de la santé pendant les jours qui ont précédé l'opération. Elle restait levée toute la journée, allant et venant dans la salle ; elle prenait la nourriture ordinaire de l'hôpital et avait assez bon appétit.

Les malades des observations VII et VIII, au contraire, ont dû garder le lit et rester soumis au régime lacté jusqu'au

jour de l'opération ; ils étaient sans cesse sous le coup d'une rechute : lorsqu'ils essayaient de se lever ou de prendre autre chose que du lait, ils ressentaient des douleurs dans la fosse iliaque et la température s'élevait. Et cependant leurs appendices paraissaient peu altérés, au moins à un examen superficiel et il y avait peu ou pas de lésions périappendiculaires. Toutefois, lorsque nous présentâmes ces appendices à la Société anatomique (1), M. le Dr Pilliet nous fit observer que l'état mamelonné de leur muqueuse était l'indice d'une hypertrophie très marquée des follicules clos. « Dans certains cas, nous disait-il, cette hypertrophie est telle, qu'il en résulte une oblitération de la cavité. Cette lésion, qu'on peut appeler *appendicite folliculaire*, est comparable, à bien des points de vue, à l'hypertrophie folliculaire qui constitue la pharyngite chronique. On ne sait à quelle cause rattacher cette modification de la muqueuse ; le bacterium coli, observé souvent dans le liquide de la cavité, n'a jamais été décelé sur les coupes et ne peut être incriminé comme facteur des modifications du système lymphatique ».

(1) *Société anatomique*, séance du 28 janvier 1895.

CONCLUSIONS

I. — L'appendicite à répétition est un syndrome constitué par des poussées inflammatoires appendiculaires ou périappendiculaires, qui se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés et qui sont le réveil d'un « microbisme latent ».

Ce syndrome répond à des lésions chroniques variées de l'appendice ou de son revêtement séreux, lésions qu'il est impossible d'apprécier exactement par l'examen clinique.

En pratique, toutes les fois que, après une attaque d'appendicite, — celle-ci fût-elle unique, — persistera dans la fosse iliaque droite une tumeur sensible à la pression et sans tendance à la résolution, on devra craindre des rechutes et porter le diagnostic d'appendicite à répétition.

Le malade qui en est atteint est exposé à des accidents d'une extrême gravité, tels qu'une péritonite suraiguë par perforation ; ou bien il est réduit, par la fréquence des rechutes et les troubles digestifs, à l'état d'un infirme chronique.

II. — Le traitement chirurgical, seul, peut être efficace pour prévenir les rechutes et leurs dangers. Il consiste à résé-

quer l'appendice vermiforme, organe inutile et devenu nuisible.

Parfois, les adhérences de l'appendice sont telles que son excision est impossible ou dangereuse : on se contentera alors de détacher les principales adhérences ; cette intervention incomplète peut suffire à amener la guérison.

III. — Il y a un immense avantage à intervenir « à froid », c'est-à-dire dans un intervalle de calme entre deux attaques.

IV. — L'intervention devra être aussi précoce que possible : on y aura recours aussitôt qu'on aura porté le diagnostic d'appendicite à répétition, et n'y eût-il eu qu'une seule attaque.

L'indication subsiste même dans les cas où l'on est déjà intervenu pendant une crise pour évacuer une collection purulente, si l'appendice n'a pu être alors réséqué et s'il persiste des lésions pouvant donner lieu à de nouvelles rechutes.

Lorsqu'on fait une laparotomie pour une cause quelconque, il est bon de s'assurer de l'état de l'appendice : s'il présente des lésions, on le réséquera après l'avoir libéré des adhérences qu'il pourrait présenter.

V. — Le manuel opératoire comprend quatre temps :

1° Incision de la paroi abdominale ; l'incision dans la fosse iliaque droite, couche par couche, suivant le procédé de Roux (de Lausanne), est la voie la plus rapide et la plus sûre : c'est celle qui convient à presque tous les cas.

2° Recherche de l'appendice et libération des adhérences.

3° Résection de l'appendice et sutures étagées du moignon.

4° Sutures étagées de la paroi abdominale ; drainage, si l'on a rencontré des lésions suppuratives.

VI. — L'opération « à froid », déjà pratiquée plusieurs centaines de fois, et surtout en Amérique, a donné une mortalité très faible, s'élevant à peine à 2 pour 100.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Achard. — Infection du foie compliquant l'appendicite. *Soc. méd. des hôp.* 16 novembre 1894.

August (Alb.). — Appendicite récurrente. *Bost. med. j.*, 22 février 1894.

Barling. — Appendicite, analyse de 68 cas. *Brit. med. j.*, 22 avril 1893.

Benoît. — *Tuberculose locale chronique de la région iléo-cæcale.* Thèse de Paris, 1893.

Berger. — Discussion sur l'appendicite. *Société de chirurgie*, 1890 et 1892.

Bull. — Observations sur l'appendicite chronique à rechutes. *N.-York, med. record*, 18 mars 1893.

— Observations d'appendicites chroniques récidivantes. *N.-York med. record*, 31 mars 1894.

Mac Burney. — Appendicite récidivée, appendicite aiguë. *N.-York surg. Soc.*, 28 mai 1890.

— Nouvelle incision de la paroi abdominale pour l'extirpation de l'appendice. *Annals of surg.*, juillet 1894.

Cabot. — Appendicite avec rechute : ablation de l'appendice dans l'intervalle des accès, guérison. *Bost. med. j.*, 15 janvier 1891.

— De l'ablation de l'appendice vermiforme entre deux attaques d'appendicite récurrente. *Bost. med. j.*, 27 juillet 1893.

Challiol. — *De la résection à froid de l'appendice vermiculaire du cœcum dans les appendicites chroniques à répétition.* Thèse de Lyon, 7 décembre 1894.

Clarke et Smith. — Ablation de l'appendice vermiforme pour des attaques répétées d'inflammation. *Lancet*, 3 mai 1890.

Cuffer. — Typhlite et pérityphlite, appendicite et périappendicite. *Bull. méd.*, 24 juin 1894.

Courtois-Suffit. — Typhlite, appendicite. *Traité de médecine Charcot-Bouchard*, tome III.

Deaver (de Philadelphie). — Appendicite chronique. *Med. News*, 16 juin 1894.

Delorme. — Appendicite tuberculeuse à rechute, résection à froid de l'appendice, guérison. *Soc. chir.*, 30 mars 1892.

— Insuccès de la laparotomie dans le traitement de l'appendicite. *Soc. chir.*, 22 novembre 1893.

Dennis. — L'extirpation de l'appendice vermiculaire, dans les intervalles d'attaques appendiculaires, est-elle une opération justifiée ? *Med. News*, 28 juin 1890.

Elliot. — Résection de l'appendice vermiforme entre deux attaques d'appendicite. *Americ. j. of. med. sc.*, juin 1891.

Fitz (Reg.). — Inflammation perforative de l'appendice vermiforme. *Americ. j. of. med. sc.*, octobre 1886, p. 321.

Frænkel (A.). — Discussion du traitement de la pérityphlite. *Soc. de méd. int. de Berlin*, janvier 1891.

Fürbinger. — Discussion du traitement de la pérityphlite. *Soc. de méd. int. de Berlin*, janvier 1891.

Guttmann. — Discussion du traitement de la pérityphlite. *Soc. de méd. int. de Berlin*, janvier 1891.

Huchard. — Discussion sur le traitement des appendicites. *Soc. méd. des hôp.*, 7 décembre 1894.

— Traitement des typhlites et des appendicites. *J. des Praticiens*, 15 décembre 1894.

Iversen. — De l'appendicite et de son traitement. *Deutsch. med. Woch.*, n° 12, 1891.

Jacob. — *De l'appendicite.* Thèse de Paris, 1893.

Jalaguier. — Typhlite, pérityphlite et appendicite. *Traité de chirurgie Duplay et Reclus*, tome VI.

— Discussion. *Soc. chir.*, 4 et 23 mai 1892.

Jayle. — Etiologie, pathogénie, diagnostic et traitement des appendicites. *Presse méd.*, 6 janvier, 17 février et 25 août 1894.

Jeanselme. — Typhlite, appendicite. *Manuel de médecine de Debove et Achard*, tome V.

Jessop. — De la colique appendiculaire. *Brit. med. j.*, 24 mars 1894.

Kümmel. — Traitement radical de la pérityphlite avec résection précoce de l'appendice vermiforme. *Arch. f. Klin. Chir.*, XL, 3, 1890.

— Recherches sur le traitement chirurgical de la pérityphlite à récidives. *Arch. f. Klin. Chir.*, XLIII, 3, 1892.

— Traitement chirurgical de la pérityphlite. *Deutsch. med. Woch.*, 19, p. 452, 1893.

— Guérison radicale de la pérityphlite. *XI*e *Congr. intern. de méd.*, Rome, mars-avril 1894.

Le Gendre. — Discussion. *Soc. méd. des hôp.*, 30 novembre 1894.

Le Guern. — *De l'appendicite par corps étrangers.* Thèse de Paris, 1893.

Lennander. — Sur l'appendicite ; relation de 68 cas opérés à la clinique d'Upsal de septembre 1888 à juillet 1893. *Nordiskt medic. Arkiv.*, 1893.

Marcy. — Appendicite récidivée avec adhérences autour de la tête du côlon ; opération, guérison. *Bost. med. j.*, 28 mai 1891.

Mariage. — *Intervention chirurgicale dans les inflammations péri-cæcales.* Th. Paris, 1891.

Maurin. — *Essai sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire.* Th. Paris, 1890.

Mathieu. — Discussion. *Soc. méd. des hôp.*, 30 novembre 1894.

Mêlier. — Mémoire et observations sur quelques maladies de l'appendice cœcal. *Journ. gén. de méd., chir. et pharm.*, 1827, C. p. 317.

Millard. — Onze cas de guérison de la pérityphlite par le traitement médical. *Soc. méd. des hôp.*, 23 novembre 1894.

Moizard. — Discussion. *Soc. méd. des hôp.*, 30 novembre 1894.

Monod. — 22 cas d'appendicite ; remarques sur le diagnostic et le traitement, 8e *Congr. français de chir.*, Lyon, 1894.

Morris. — De l'appendicite. *Bost. med. j.*, 8 février 1894.

Morton (Th.).— Pathologie et traitement des affections de l'appendice vermiforme, *Americ. med. ass.*, 8 mai 1888.

— Appendicite à rechute, ablation de l'appendice entre deux attaques, *Med. News*, 21 novembre 1891.

Murphy. — De l'appendicite; 141 observations personnelles, *XIe Congr. de médec.*, Rome, mars-avril 1894.

Murray. — Appendicite à rechute, ablation de l'appendice à froid, guérison. *New-York med. j.*, 24 mai 1890.

Nimier (H.). — De l'intervention chirurgicale dans les phlegmasies consécutives aux affections de l'appendice iléo-cœcal. *Archiv. gén. de méd.*, juillet 1887.

Poncet et Jaboulay. — 27 observations d'appendicite. *Rev. de chir.*, novembre 1892.

Poncet. — De la résection à froid de l'appendice vermiforme dans les appendicites chroniques à rechutes (6 opérations, 6 guérisons). Communic. Acad. méd., 13 novembre 1894 et *Gaz. hebdom.*, 22 décembre 1894.

Porter. — Deux cas de rechute d'appendicite; extirpation de l'appendice entre les attaques, guérison. *Bost. med. j.*, 25 décembre 1890.

— L'extirpation de l'appendice est-elle une opération justifiée dans l'appendicite récidivante ? Quand doit-on la faire et dans quels cas ? *Bost. med. j.* 2 avril 1891.

— Traitement de l'appendicite d'après 448 cas, dont 7 personnels. *Americ. j. of. med. sc.*, décembre 1893.

Potherat. — Appendicite. *Rev. gén. de clin. et thérap.*, no 27, 1892.

Quénu. — Du traitement opératoire de l'appendicite à rechutes dans l'intervalle des crises. *Soc. chir.*, 1er et 15 juin 1892.

— Appendicite à répétition, intervention dans l'intervalle des crises ; libération du cœcum sans résection de l'appendice, guérison. *Soc. chir.*, 22 novembre et 6 décembre 1893.

Reclus (P.). — Des appendicites. *Rev. de chir.*, octobre 1890.

— Traitement des appendicites. *Sem. méd.*, 6 août 1890.

— — *Mercredi méd.*, 5 novembre 1890.

— — *Gazette des hôp.*, octobre 1890.

— — *Cliniq. chirurg. de la Pitié*, 1894.

— Discussion. *Soc. chir.*, 1890, 1892 et 1893.

Rendu. — Discussion. *Soc. méd. des hôp.*, 7 décembre 1894.

Renvers. — Discussion. *Soc. méd. int. de Berlin*, janvier 1891.

Revillod (L.).— Traitement de la pérityphlite. *Rev. méd. Suisse Romande*, juin 1892.

Ricard. — Typhlite, pérityphlite et appendicite. *Gaz. des hôp.* Rev. gén., 7 février 1891.

— Remarques sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite. *XIe Congr. intern. de méd.*, Rome, mars-avril 1894.

Richardson. — Remarques sur le traitement chirurgical de l'appendicite. *Bost. med. j.*, 4 août 1892.

— Remarques sur l'appendicite, d'après 181 cas. *Americ. j. of med. sc.*, janvier 1894.

— Cas d'appendicite présentant des particularités. *Bost. med. j.*, 8 mars 1894,

Richelot. — De l'appendiculite chez la femme. *Soc. chir.*, 15 octobre 1890.

— Appendicite tuberculeuse. *Soc. chir.*, 23 mars 1892.

Robson (Mayo). — Appendicite récurrente, ablation de l'appendice. *Lancet*, 13 février 1892.

— De l'appendicite à répétition. *Lancet*, 30 juin 1894.

Rosenberg (De Wurzbourg). — De la résection prophylactique du processus vermiforme. *XIe Congr. intern. de méd.*, Rome, mars-avril 1894.

Routier. — Discussion. *Soc. chir.*, 1890, 17 juin 1891 et 8 juin 1892.

— De l'appendicite et de son traitement. *Sem. méd.*, 1891, p. 337.

Roux (de Lausanne). — Traitement de la pérityphlite. 4e *Congr. franç. de chir.*, 1889.

— Traitement chirurgical de la pérityphlite suppurée. *Rev. méd. Suisse Romande*, n°s 4 et 5, 1890, n° 11, 1891 et n° 1, 1892.

— Mode de guérison de l'appendicite opérée sans résection. *Rev. méd. Suisse Romande*, septembre 1892.

— Pérityphlite expérimentale ; quelques recherches sur le mécanisme de la perforation de l'appendice. 8e *Congr. franç. de chirurgie*, Lyon, 1894.

Schwartz. — Résection à froid de l'appendice vermiforme. *Soc. chir.*, 17 mars 1891.

— Sur un cas d'appendicite chronique. *Rev. gén. de clin. et thérap.*, n° 20, p. 306, 1891.

— Discussion. *Soc. chir.*, 1er juin 1892.

— Un cas de résection à froid de l'appendice. *Soc. chir.*, 25 juillet 1894.

Max Schüller. — Traitement de la pérityphlite ; laparotomie latérale le long du bord externe du grand droit de l'abdomen. *Arch. für Klin. Chir.*, p. 856, 1889.

Senn. — De l'appendicite. *J. of the Americ. med. Ass.*, novembre 1889.

— De l'appendicite oblitérante, *J. Americ. med. Ass.*, 24 mars 1894.

Sevestre. — Discussion. *Soc. méd. des hôp.*, 30 novembre 1894.

Sonnenburg. — De l'opération en deux temps dans le traitement de la pérityphlite. *Berlin. Klin. Woch.*, 15 juillet 1889 et 19 janvier 1891. *Samml. Klin. Vortræge*, n° 13, 1890.

— Pathologie et traitement de la pérityphlite. *Deutsch. Zeitsch. f. chir.*, XXVIII, 2, 3, 1894 ; *XIe Congr. intern. de méd.*, Rome, 1894.

Talamon. — Typhlite et appendicite. *Méd. moderne*, 15 juin 1890, 14 et 21 janvier 1892.

— *Appendicite et pérityphlite*. Bibl. Charcot-Debove, 1892.

Teale. — Typhlite récidivée, extirpation de l'appendice à froid, guérison. *Bost. med. j.*, 17 janvier 1891.

Terrier. — Appendicite tuberculeuse. *Soc. chir.*, 17 février et 30 mars 1892.

— Résection de l'appendice à froid. *Soc. chir.*, 8 juin 1892.

Terrier et Cassin. — Appendicite à répétition ; ablation de l'appendice à froid, guérison. *Gaz. hebd. de Paris*, 21 janvier 1893.

Trèves (Fréd.). — Typhlites à rechutes traitées par l'opération. *Brit. med. j.*, février 1888 et *Med. chir. transact.*, vol. II, 1888.

— Un cas de typhlite à rechutes traité par l'ablation de l'appendice vermiforme. *Lancet*, 9 février 1889, p. 267.

— Le traitement chirurgical de la typhlite. *Wood's monographs*, août 1890.

— Série de typhlites à rechutes traitées par l'opération. *Brit. med. j.*, 22 avril 1893.

Tuffier et Hallion. — De l'intervention chirurgicale dans les pérityphlites. *Archiv. gén. de méd.*, septembre 1890.

Tuffier. — Opérations à froid pour appendicites à rechutes. *Soc. chir.*, 5 juillet 1893.

Weeks. — Appendicite à rechutes opérée dans l'intervalle des attaques. *Transact. Americ. surg. Ass.*, X, p. 179, 1892.

Weir. — De la résection de l'appendice vermiforme dans le stade de calme de la typhlite chronique à rechutes. *Annals of Surg.*, 1891.

Wyeth. — Appendicite récurrente. *N.-York surg. Soc.*, 23 avril 1890.

TABLE DES MATIÈRES

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier (Hte-Marne) 15-17, passage Verdeau. Paris